



**ANA PATRÍCIA  
ALVES**

**VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA  
IDOSA DEPENDENTE: ABORDAGEM EM  
CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS**

Contributo do Enfermeiro de Família



**ANA PATRÍCIA  
RAMOS ALVES**

Nº Mec. 46171

## **VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE: ABORDAGEM EM CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Contributo do Enfermeiro de Família

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Assunção Laranjeira da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Professor Doutor Manuel Brás do Instituto Politécnico de Bragança.

Dedico este trabalho ao meu pequeno Matias, que da sua jovialidade de 1 ano de vida, me deu as forças e alegrias imensuráveis para a concretização deste passo nas nossas vidas.

Obrigado filho!

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Marília Rua**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Orientadora

**Professora Doutora Assunção Laranjeira Almeida**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

**Professora Doutora Ana Galvão**  
Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança

## **Agradecimentos**

Dedico os meus especiais agradecimentos à Professora Doutora Assunção Laranjeira e ao Professor Doutor Manuel Brás pela orientação fornecida e apoio ao longo deste meu percurso de crescimento pessoal e profissional.

Deixo também os meus profundos agradecimentos a toda a Equipa da Unidade de Saúde Familiar Leme, especialmente à Enfermeira Andreia Loureiro que na esfera pessoal e profissional disponibilizou todo o apoio possível para a concretização desta etapa na minha caminhada profissional e académica.

Aos familiares que se disponibilizaram a participar neste Projeto agradeço, igualmente, pela disponibilidade e prontidão em explorarem tais emoções e vivências durante as entrevistas.

Por fim, e mais importante, agradeço com todas as forças, à minha família que sempre presente, me transmitiu a coragem que precisava para concluir este sonho na minha vida.

Ao meu marido e à minha mãe um obrigado incalculável pela ajuda incansável. Sem vocês nada teria sido possível!

Por fim, e mais importante, um infinito obrigado ao meu filho, que desde o seu nascimento é a fonte da minha alegria e a força para lutar pelos meus sonhos.

Muito obrigada!

**Palavras-chave**

Família; Pessoas Idosas; Dependência; Cuidar; Enfermeiro de Família

**Resumo**

O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Leme no período compreendido entre o dia 2 de Abril de 2018 e o dia 31 de Outubro de 2018 sob tutoria da Enfermeira Andreia Loureiro.

No âmbito do estágio, o estudo desenvolvido procurou analisar as vivências dos familiares da pessoa idosa dependente e o contributo do Enfermeiro de Família em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Neste sentido, objetivou-se compreender as emoções, medos e receios dos familiares na vivência da realidade de dependência do seu ente querido, bem como analisar quais as dificuldades percebidas, explorar as alterações ocorridas na dinâmica familiar perante esta transição de papéis e por fim compreender qual o contributo do Enfermeiro de Família na adaptação ao processo de dependência e às exigências associadas. Para tal, desenhou-se um estudo do tipo qualitativo, exploratório, descritivo, fenomenológico e transversal, assente numa metodologia de investigação-acção; tendo sido aplicada uma entrevista de carácter semi-formal. A amostra conseguida foi de 14 familiares de uma pessoa idosa dependente. O perfil demográfico obtido neste estudo dos familiares foi o seguinte: 57% dos entrevistados do sexo feminino e 43% do sexo masculino; verifica-se que 71% dos entrevistados são filhas(os) da pessoa idosa dependente (um total de 10 em 14) e 29% são os cônjuges (maridos) (um total de 4 em 14); com uma média de 64,6 anos de idade. Os resultados obtidos com a análise do conteúdo das entrevistas permitiram averiguar alterações na adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente e a adaptação à situação de dependência. Foram ainda identificadas necessidades e dificuldades no âmbito do processo de cuidar da pessoa idosa dependente, bem como o contributo do Enfermeiro de Família neste processo. Face aos resultados de baixa resposta por parte dos Cuidados de Saúde Primárias a esta problemática familiar, foram delineadas propostas de melhoria dos cuidados de acordo com as sugestões fornecidas pelas famílias nas entrevistas. Conclui-se que a transição familiar para o papel de cuidar da pessoa idosa dependente é um desafio familiar intenso que carece de respostas adaptadas por parte da Equipa de Saúde Familiar.

**Keywords**

Family; Older people; Dependency; Care; Family Nurse

**Abstract**

This report refers to the professional stage developed at the Leme Family Health Unit in the period between April 2, 2018 and October 31, 2018 under the guidance of Nurse Andreia Loureiro.

Within the scope of the internship the study sought to analyze the experiences of the relatives of the dependent elderly person and the contribution of the Family Nurse in the context of the Primary Health Care. In this sense, the objective was to understand the emotions and fears of family members in the experience of the dependency reality of their loved one, as well as to analyze the perceived difficulties, to explore the changes occurred in the family dynamics before this paper transition and finally to understand which is the contribution of the Family Nurse in the adaptation to the dependency process and associated requirements. For this, a qualitative, exploratory, descriptive, phenomenological and cross-sectional study based on an action-research methodology was designed; and an semi-formal interview was applied. The sample obtained was 14 relatives of a dependent elderly person. The demographic profile obtained in this family study was: 57% of female respondents and 43% male; 71% of the respondents are daughters of the dependent elderly person (a total of 10 out of 14) and 29% are the spouses (total husbands 4 out of 14); with an average age of 64.6 years. The results obtained with the analysis of the interview content allowed us to investigate changes in the adaptation of the relative to the role of caregiver of the dependent elderly person and the adaptation to the situation of dependence. Needs and difficulties were also identified in the process of caring for the dependent elderly person, as well as the contribution of the Family Nurse in this process. Given the results of low response by Primary Health Care to this family problem, proposals were made to improve care according to the suggestions provided by the families in the interviews. It is concluded that the family transition to the role of caring for the dependent elderly person is an intense family challenge that requires adapted responses by the Family Health Team.

**Abreviaturas e/ou siglas**

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

ACesBV – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EF – Enfermeiro de Família

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

IA – Investigação-Acção

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB – Instituto Politécnico de Braga

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTAD – Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro



## INDICE

INTRODUÇÃO .....	12
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	14
1.    CONTEXTUALIZAÇÃO .....	15
2.    REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	17
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO .....	22
1.    CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	23
2.    ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	24
2.1.    Modelos Conceptuais: Enfermagem de Família .....	24
2.1.1. A família.....	24
2.1.3. A Enfermagem de Saúde Familiar .....	27
2.1.4. Modelo Dinâmico da evolução e intervenção familiar.....	28
2.2.    Envelhecimento e dependência .....	29
2.2.1. Envelhecimento demográfico .....	29
2.2.2. A pessoa idosa dependente.....	30
2.3.    A família como cuidadora informal .....	32
2.3.1. O papel do cuidador informal .....	32
2.3.2. Consequências do cuidador informal na prestação de cuidados .....	33
2.3.3. Dificuldades/ necessidades do cuidador informal na prestação de cuidados .....	34
2.3.4. Apoios informais e formais ao acesso da pessoa idosa dependente e da família que cuida .....	35
2.4.    O papel do Enfermeiro de Família na transição familiar: dependência da pessoa idosa /família como cuidadora .....	37
2.4.1. Educação para a Saúde/Promoção da Saúde.....	37
2.4.2. O papel da Equipa multiprofissional na continuidade dos cuidados.....	38
3.    ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	39
3.1.    Tipo de estudo.....	39
3.2.    População e Amostra .....	40
3.3.    Caracterização dos participantes .....	40
3.4.    Problemática e objetivos.....	41

3.5.	Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção .....	42
3.6.	Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	43
3.7.	Procedimentos de análise dos dados.....	44
4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	47
4.1.	Adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente .....	47
4.2.	Adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa.....	55
4.3.	Necessidades/Dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente ...	60
4.4.	Contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente .....	63
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	66
6.	CONCLUSÃO .....	71
6.1.	Conclusões.....	71
6.2.	Limitações do estudo .....	74
6.3.	Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais.....	75
	SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....	77
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
	APÊNDICES	
	Apêndice I – Consentimento Informado	
	Apêndice II – Pedido de autorização (Comissão de Ética)	
	Apêndice III – Guião da Entrevista	
	Apêndice VI – Quadros de análise das entrevistas	

## INDICE DE TABELAS

**Tabela 1** - Categorização da temática de investigação: adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente ..... 47

**Tabela 2** - Categorização da temática de investigação: adaptação da família à realidade de dependência da pessoa idosa..... 55

**Tabela 3** - Categorização da temática de investigação: necessidades/dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente ..... 60

**Tabela 4** - Categorização da temática de investigação: contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente..... 63

## INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Investigação respeitante à temática: “*Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto de cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família*” enquadra-se no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, resultante do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e o Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no âmbito da realização do Projeto de intervenção/ estágio, sob orientação da Professora Doutora Assunção Almeida e coorientação do Professor Doutor Manuel Brás. O estágio referente ao Projeto decorreu na Unidade de Saúde Familiar Leme sob tutoria da Enfermeira Andreia Loureiro. Pretende-se seguir a metodologia de projeto que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para a concretização da sua resolução.

O envelhecimento populacional e o agravamento das doenças crónicas (demências, patologias osteoarticulares, doenças oncológicas, doenças terminais com necessidade de cuidados paliativos, entre outros exemplos) é uma realidade presente e inequívoca. Tais transformações sociais e demográficas acarretam repercussões notórias nas estruturas e relações familiares. Um familiar idoso em processo de envelhecimento, com perda gradual das capacidades físicas e mentais, implica uma maior exigência e dependência ao nível dos cuidados inerentes às Atividades de Vida Diária bem como uma maior necessidade de atenção e prevenção de riscos associados. De facto, desta conjuntura socioeconómica despoleta a exigência real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa idosa, para o qual o contributo do cuidador informal torna-se fulcral na manutenção da qualidade de vida do seu familiar a necessitar dos seus cuidados diários (Cruz, 2010).

A Saúde Familiar é compreendida como um estado subjetivo cujo processo dinâmico de ajustamento é estabelecido pelos processos adaptativos inerentes às mudanças advindas das transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2009). Hanson (2005) acrescenta que a transformação na dinâmica da saúde familiar integra fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais, sendo a saúde um processo influenciável pelas partes do sistema e pelo mesmo (Hanson, Kaakinen e Gedaly-Duff & Coelho, 2010).

De facto, para a família, esta nova realidade gera mudanças internas na organização familiar, surgindo dúvidas, incertezas, dificuldades, medos, inseguranças, tristeza, entre outros sentimentos e emoções. Torna-se imperativo conhecer estas alterações e necessidades por forma a dar uma resposta integradora. Perante a especificidade inerente aos cuidados à família ao longo do seu ciclo vital é pertinente que as famílias sejam avaliadas e as intervenções delineadas pelo Enfermeiro de Família (EF) em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Numa sociedade gradualmente mais envelhecida, com um aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, surge o cuidador informal da pessoa idosa dependente com responsabilidade familiar (Cruz, 2010). Conforme menciona a mesma autora (Cruz, 2010),

cuidar de quem cuida é responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, com especial enfoque nos Enfermeiros cuja intervenção se centra no equilíbrio da díade cuidador/ idoso dependente.

Nasce, portanto, a necessidade de estudar esta problemática: “*Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto de cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família*”, com o principal objetivo de descrever e compreender as vivências da família da pessoa idosa dependente.

O estudo é de carácter qualitativo, exploratório-descritivo, fenomenológico e transversal e pretenderá responder à questão de investigação: “*Quais as vivências da família da pessoa idosa dependente, inscritos numa USF do ACeS BV?*”

O objetivo da investigação consiste em caracterizar e refletir, acerca das vivências da família no processo de dependência da pessoa idosa, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Preconiza-se ainda compreender qual o contributo do Enfermeiro de Família na adaptação familiar a esta realidade, na reestruturação das suas dinâmicas em família para melhorar a sua capacitação durante todo o processo, suportado com intervenções contextualizadas. Através da implementação de intervenções no sentido de resolução das necessidades/dificuldades identificadas na família que assume o papel de cuidador informal, pretende-se avaliar o impacto e a eficácia da atuação do Enfermeiro de Família na Promoção da Saúde da Família e na capacitação familiar.

O trabalho em apresentação engloba duas partes: a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em contexto de estágio (Capítulo I); e o estudo empírico (Capítulo II). O último integra a contextualização do estudo, o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico, a apresentação e discussão dos resultados; e finalmente as conclusões do estudo e do relatório.

O presente documento encontra-se organizado de acordo com as normas da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e as referências bibliográficas de acordo com a Norma APA.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório reúne as intervenções de desenvolvimento de competências referentes à Unidade Curricular Estágio, do 2º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) no ano letivo 2017/2018. A unidade curricular em questão é semestral, com 30 ECTS.

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Leme, desde o dia 2 de Abril de 2018 a 31 de Outubro de 2018 (num total de 480 horas de trabalho do estudante) sob tutoria da Enfermeira Andreia Loureiro.

A USF Leme situa-se no distrito de Aveiro, concelho de Ílhavo, pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga (ACES Baixo Vouga) e está integrada no Centro de Saúde de Ílhavo (CS Ílhavo). A área de abrangência é a freguesia de S. Salvador, com uma área de 42,2 km<sup>2</sup>.

Esta Unidade de Saúde Familiar é constituída por uma equipa profissional de 5 médicos e 5 enfermeiros, numa filosofia de Equipa de Saúde Familiar (ou seja, médico e enfermeiro de família). O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 08h00 a 20h00. Presta cuidados de saúde de proximidade e personalizados à população inscrita na unidade, na sua área de influência, oferece consultas programadas, atendimento em situações de doença aguda durante o horário de funcionamento, cuidados de Enfermagem e cuidados domiciliários de Enfermagem e médicos.

A Equipa da USF reúne os seguintes valores: respeito pelo Ser Humano e pela sua dignidade; acessibilidade; responsabilidade partilhada; informação; qualidade nos cuidados prestados e atualização contínua de conhecimentos. Tem por objetivo cuidar dos utentes e família, atempadamente e de acordo com as suas necessidades de saúde, numa perspetiva da responsabilidade de manter e melhorar o estado de saúde dos utentes, através da prestação de cuidados personalizados, contínuos e acessíveis, na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação.

No âmbito do estágio em abordagem, foram delineados os seguintes objetivos: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária; mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia; elaborar o relatório de estágio.

Como competências a desenvolver em contexto de prática clínica, subdividimos em dois grupos: cuidar a família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. A primeira engloba as seguintes unidades de competência: reconhecer a

complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização estrutural específica; conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital; e desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo. A segunda área de desenvolvimento de competência engloba as seguintes unidades de competência: realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento; reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; e realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.



## **2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A família é uma unidade básica de interação social onde se definem e conservam diferenças humanas dando forma a diferentes papéis e funções. Trata-se de uma unidade grupal onde se desenvolvem laços de aliança, filiação e consanguinidade. As famílias são sujeitas a processos de desenvolvimento no sentido da sua evolução e complexificação (Relvas, 1996). A intervenção do Enfermeiro ao longo do ciclo vital da família incide fundamentalmente em assegurar os cuidados de enfermagem durante a vivência dos processos de vida e na resposta humana aos problemas que daí possam surgir (Ordem dos Enfermeiros, 2001). As necessidades de cuidados de saúde não se centram exclusivamente nas situações de doença, bem como nos processos de transição subjacentes aos desafios de saúde que lhes vão lançando ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Neste contexto se englobou a dimensão dos Cuidados de Saúde Primários referentes ao estágio realizado, percepcionando a importância do Enfermeiro de Família na promoção da qualidade de vida dos utentes, assente numa filosofia de trabalho com uma Equipa multidisciplinar. Os Cuidados de Saúde Primários são o lugar de excelência onde o enfermeiro de família assume um papel essencial no que respeita à promoção da saúde e prevenção da doença, na educação para a saúde e na responsabilização da pessoa, da família e da comunidade sobre a sua saúde. No decorrer da concretização do meu estágio e estudo, incide a minha atenção essencialmente nas transições familiares (papel de cuidador familiar e envelhecimento) e dos desafios lançados à família após essas mudanças. Para tal o Enfermeiro de Família deve estar apto a dar respostas às necessidades e dificuldades identificadas pela família e pelo indivíduo individualmente, tornando esta transição uma oportunidade de desenvolvimento.

No sentido de atualizar conhecimentos e otimizar a prática clínica, optei pela realização deste Mestrado no âmbito da Saúde Familiar, sendo uma área em larga expansão e com crescente valorização, dada a sua importância na prevenção de doenças e promoção da saúde dos utentes, famílias e comunidade. O exercício profissional de Enfermagem engloba a evidência científica, no sentido de uma procura contínua pela atualização de conhecimentos e de competências, de forma a promover cuidados de qualidade e ganhos em saúde. Conforme o referido nos “Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001), a qualidade em saúde trata-se de um desafio multiprofissional. O Enfermeiro de Família, junto da Equipa de Saúde Familiar, cuida da família como uma unidade de cuidados, conhecendo o seu contexto individual, familiar, social e económico, de forma a conseguir atuar da forma mais adequadas às necessidades de cada família e com respostas mais eficazes. Conforme refere Figueiredo (2012), tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. Trata-se pois de uma filosofia de trabalho em parceria com as famílias e os seus elementos individualmente, ao longo do ciclo vital familiar e principalmente nas transições situacionais e de doença/saúde que ocorrem. De facto, ao longo do estágio, a existência de uma forte parceria multiprofissional enriqueceu as respostas disponibilizadas às famílias,

potencializando as suas capacidades. Ao prestar cuidados focalizados nas transições familiares, em consonância com o apoio da restante equipa foi possível perceber efectivamente o meio cultural, social e económica de cada família e quais as suas necessidades na transição para o papel de cuidador familiar perante o envelhecimento e a dependência da pessoa idosa. Consegui avaliar a família como um todo e cada membro de forma personalizada, percebendo quais as vivências e dificuldades que se encontravam a experienciar. Patente ao percurso de progressão e enriquecimento profissional desenvolvido ao longo do estágio no âmbito da Saúde Familiar, surge a reflexão crítica como promotora do desenvolvimento de competências através da análise do trabalho desenvolvido e identificação dos pontos mais favoráveis e desfavoráveis.

O precursor do conceito de reflexão foi John Dewey. Segundo este autor (Alarcão 1996), a função do pensamento reflexivo é o de transformar uma situação complexa numa situação que seja clara, coerente, ordenada e harmoniosa. Portanto, o pensamento reflexivo permite tornar uma situação mais clara, através de um encadeamento ordenado de ideias com um determinado objetivo final. A ação reflexiva é assim, para este autor, um processo que engloba mais do que encontrar soluções para os problemas. Implica pois, intuição, emoção e paixão. O mesmo autor (Alarcão, 1996) refere ainda três atitudes necessárias promotoras da ação reflexiva: abertura de espírito (capacidade de ouvir outras opiniões, perceber que existem outras alternativas, admitir o erro); responsabilidade (aceitação das consequências de determinadas escolhas) e empenhamento (adesão, entusiasmo e vontade de participar). Estas três componentes são, na opinião de Dewey, fundamentais da vida da pessoa reflexiva, que tem a responsabilidade pela sua aprendizagem (Silva, 2011). Neste sentido, ao longo do Estágio foi assumida uma atitude reflexiva como ferramenta fundamental para a potencialização da minha aprendizagem, permitindo alterar comportamentos, atitudes e procedimentos. A etapa de reflexão acerca da reflexão na ação permitiu fomentar a evolução e aprimorar a minha própria capacidade de reflexão na ação. A meta reflexão é uma ferramenta valiosa na avaliação do percurso realizado ao longo do estágio, questionando as decisões tomadas e as intervenções realizadas em prol da melhoria contínua dos cuidados prestados.

Igualmente Schön (precursor de Dewey) defende uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais, a que se designa a epistemologia da prática. Só desta forma será possível enfrentar situações novas e tomar decisões apropriadas. Na perspetiva de Alarcão (1996), Schön sustenta o valor de uma nova epistemologia da prática no processo de construção do conhecimento profissional, chamando-o de conhecimento-na-ação. Sempre que se reflete sobre a prática, o conhecimento amplia-se, analisa-se, reestrutura-se e adquirem-se novos conhecimentos possivelmente úteis no futuro. Schön defende três momentos de reflexão: a reflexão na ação (quando se reflete no decorrer da própria ação e a vai reformulando e ajustando a situações novas que vão aparecendo), a reflexão sobre a ação (quando se reconstrói mentalmente a ação para a analisar retrospectivamente) e a reflexão sobre a reflexão-na-ação (processo que fomenta a evolução e o desenvolvimento profissional, levando a construir a sua própria forma de conhecer) (Silva, 2011, Abreu, 2007).

Segundo Sá-Chaves (2009), em algumas circunstâncias a reflexão deverá acompanhar o *decurso da própria acção* (Silva, 2011). Ao longo do Estágio realizado, assumi uma postura de constante reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas, pois só desta forma seria possível alcançar um crescimento positivo ao nível pessoal e profissional. Considero que a reflexão foi a ferramenta mais valiosa ao longo destes meses, pois só através da reflexão consegui fomentar a importância do Enfermeiro de Família na problemática em estudo, bem como analisar constantemente o meu papel enquanto Enfermeira.

Respeitante às competências delineadas para o estágio no âmbito da Saúde Familiar, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, enumeram-se dois grupos:

- cuidar a família como unidade de cuidados;
- prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

O primeiro módulo de competências implica o reconhecimento da família como um todo e a especificidade de cada elemento da estrutura familiar, reconhecendo a fase do ciclo de vida dessa família e as possíveis transformações e transições familiares presentes. Para tal, tornou-se fundamental uma avaliação familiar complexa, desenvolvendo cuidados de Enfermagem em constante colaboração e parceria com as famílias, no sentido de estimular a participação ativa nos seus problemas e desafios; bem como permitindo aproximar os meus cuidados o mais possível às necessidades e dificuldades de cada família. Revelou-se muito entusiasmante a abordagem individualizada a cada família, conhecendo as suas relações, hábitos, potencialidades e dificuldades. Só desta forma consegui delinear cuidados direccionados às reais necessidades de cada elemento familiar e da família como um todo. Através da aplicação das entrevistas e análise dos dados obtidos através da sua categorização, tornou-se evidente discutir acerca das vivências familiares quando ocorre a dependência da pessoa idosa no seio familiar. Ao longo das entrevistas e de acordo com os relatos analisados percebi que surgem sentimentos de medo, incerteza, receio, dúvidas na prestação de cuidados, conflitos familiares, comprometimento temporal face à transição familiar em abordagem. Perante esta realidade, delineei propostas de melhoria aos cuidados em Saúde Familiar de modo a conseguirmos dar resposta a esta problemática vivenciada por inúmeras famílias no silêncio das suas casas.

O segundo módulo engloba a realização de uma avaliação nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento, reconhecendo situações de necessidade de atuação e respostas adequadas às características individuais e grupal de cada unidade familiar. Posteriormente, considerei igualmente importante realizar intervenções e, essencialmente, avaliar as mesmas, referenciando os aspetos a melhorar em posteriores contactos com essa família. Considero ter alcançado os objetivos propostos para este estágio, desenvolvendo as competências inerentes à prática clínica, com constante atualização e aplicação dos conhecimentos teóricos referentes à Saúde Familiar.

A presente unidade curricular referente ao estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, proporcionou-me uma integração complexa de conhecimentos teóricos em contextos

de prática clínica de prestação de cuidados à família. Inicialmente centrou-se essencialmente num tempo de observação e assimilação das dinâmicas da USF, passando posteriormente para avaliação das famílias nas diferentes dimensões e à prestação de cuidados às famílias. Foi, de facto, uma experiência preponderante para o meu desenvolvimento de competências nesta área específica do conhecimento de Enfermagem, permitindo-me de perto, conhecer a complexidade das famílias e a adaptação da nossa atuação em prol das suas necessidades e dificuldades. Ao longo desta experiência fui desenvolvendo as competências e os conhecimentos inerentes aos cuidados em Saúde Familiar, exigindo-me uma atitude de constante reflexão crítica, bem como a mobilização de saberes transversais a diversas áreas (planeamento de cuidados, monitorização, assistências e execução de práticas de Enfermagem em Saúde Familiar, gestão de processos, avaliação, orientação e encaminhamento de acordo com as necessidades de cada pessoa e da família num todo, prevenção e promoção da saúde, promoção de ensinamentos para auto e vigilância familiar).

Percebi a essência inata do Enfermeiro de Família, nomeadamente na prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, tendo como finalidade a capacitação da família, maximizando os seus potenciais em saúde, e assim tornando-a mais activa e participativa na sua saúde. A parceria com a família foi para mim essencial para potencializar os resultados obtidos em saúde. Actuando em colaboração constante com os elementos familiares e com a família como um todo, permitiu, ao longo do ciclo vital familiar e nas transições situacionais e de doença/saúde, identificar as reais necessidades/dificuldades e oferecer as respostas mais adaptadas a cada contexto familiar.

Neste percurso, foi possível realizar cuidados de Enfermagem e Consultas em diferentes contextos de atuação (Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Diabetes, Hipertensão, Tratamento de feridas e úlceras de pressão, visitas domiciliárias, situação de agudos, ...). Numa linha de trabalho em Equipa multidisciplinar, o meu crescimento profissional tornou-se ainda mais facilitador no desenvolvimento de competências na avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar. Neste sentido, para uma completa avaliação familiar, tive de recorrer a diferentes instrumentos nomeadamente: Genograma, Ecomapa, Apgar Familiar de Smilkstein, Ciclo Vital da Família de Relvas, Escala de Graffar, Escala de Readaptação Social de Holmes. Rahe, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Como refere Figueiredo (2009), a utilização de instrumentos de avaliação familiar favorece uma comunicação terapêutica e possibilitam uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar. Neste trabalho será igualmente dedicada uma parte do Enquadramento Teórico (MDAIF) a esta temática dada a sua importância para a concretização do Projeto e para a minha atuação na avaliação das famílias.

Paralelamente ao estágio, o desenvolvimento da investigação no âmbito das *“Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto dos cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família”*, pretendeu analisar as vivências de unidades familiares que se tornam cuidadoras, percebendo quais as suas angústias, incertezas, dificuldades, medos, receios e essencialmente, quais as necessidades de conhecimentos e

competências para se tornarem capazes na prestação de cuidados à pessoa idosa que se encontra dependente. Conclui que as respostas disponibilizadas actualmente são escassas e pouco eficazes perante as reais dificuldades destas famílias. Uma família que assume o papel de cuidar perante o agravamento de saúde da pessoa idosa e com consequente dependência, vivencia momentos de receio na prestação de cuidados, de desconhecimento das informações necessárias e de desespero e sobrecarga aquando o assumir deste papel. A maioria das famílias atua por senso comum com existência de constantes erros. Importa pois ajudar e apoiar estas famílias na transição familiar que vivenciam. Como Enfermeiro de Família é possível reunir as ferramentas necessárias para, em contexto domiciliário, realizar ensinamentos, instrução e treinos nas áreas em desconhecimento por parte dos familiares, diminuindo o nível de ansiedade e o medo face ao desconhecido. Actualmente existem algumas respostas para outras transições familiares (exemplo: visita à puerpera e ao recém-nascido), porque não criar uma resposta para esta transição tão presente na nossa sociedade? Foi neste sentido que desenvolvi o meu trabalho e focalizei a minha reflexão, na tentativa de criar mudanças positivas nas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar actuais.

Os enfermeiros podem ajudar na construção de novos modos de ver o mundo, de fazer e de estar; facilitando a transição e contribuindo para a manutenção e/ou para a promoção de melhores níveis de saúde. No desenvolvimento do conhecimento relacionado com as terapêuticas de enfermagem devem ser consideradas as dimensões temporais, os padrões, o tipo de transição e o momento mais adequado para a sua concretização (Meleis, 2000; Chick & Meleis, 1986). Por esta razão importa desenvolver conhecimento disciplinar no âmbito das intervenções de Enfermagem facilitadoras de transições saudáveis. O desafio que lancei com este trabalho envolve portanto o desenvolvimento de intervenções que permitam aumentar o envolvimento familiar nas transições familiares, promover a preparação e a facilitação na aquisição de conhecimentos e facilitar a construção de respostas para conflitos familiares.

Finalizando este tópico do meu relatório, a experiência vivenciada durante estes meses foi de tal modo gratificante, que restam saudades. Foi gratificante e essencialmente enriquecedor para mim, os conhecimentos adquiridos e as capacidades que aprendi e aprimorei. A reflexão crítica foi fundamental para conseguir alcançar os objetivos delineados para este estágio, no sentido de alcançar padrões de qualidade nos contextos familiares atuais. Conhecer a complexidade do sistema familiar, tendo em conta a globalidade, equifinalidade e auto-organização conferida a uma organização familiar em estudo permitiu entender a família como unidade de transformação, sujeita a transições decorrentes do seu ciclo vital (dependência da pessoa idosa e papel de cuidador familiar). Perante esta realidade consegui desenvolver cuidados, em plena parceria com a restante Equipa, de forma a promover a participação da família no seu desenvolvimento positivo e oferecendo respostas ajustadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e facilitadores do funcionamento familiar. As competências mencionadas foram desenvolvidas e aprimoradas ao longo do estágio e em todas as fases da realização do estudo, sendo aprimoradas com profundo uso da reflexão crítica.

## **CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A emergência da Enfermagem de Saúde Familiar invoca o conhecimento das necessidades da família em diversos contextos, potenciando a atuação destes profissionais de saúde. Percebe-se desta forma a pertinência desta temática. Torna-se imperativo investigar quais as necessidades, dificuldades e experiências da família para, futuramente, ser possível intervir de forma eficaz em diferentes circunstâncias. No estudo em questão irá centrar-se a atenção nas famílias que vivenciam o processo de dependência de um familiar idoso. Sabe-se que a alteração familiar de envelhecimento de um dos membros acarreta alterações significativas a nível psíquico, físico, emocional, social e de dinâmica familiar que carecem de ser identificadas e solucionadas, de forma a permitir uma vivência saudável das transições nas diferentes fases do ciclo de vida.

Para o efeito será realizada uma entrevista semi-estruturada de cariz semi-formal aos familiares de idosos, com o objetivo de identificar as experiências vivenciadas e emoções surgidas na família. Pretende-se igualmente compreender qual a importância que o papel do EF teve neste processo de alteração da dinâmica familiar e quais os aspetos a otimizar ao nível da intervenção familiar. Neste sentido, objetiva-se dar resposta à seguinte questão de investigação: *“Quais as vivências da família da pessoa idosa dependente, inscrita numa USF do ACeS BV?”*

Posteriormente, e após a recolha das necessidades e dificuldades sentidas pelos familiares das pessoas idosas dependentes, pretende-se delinear uma proposta de melhoria dirigida à Equipa da USF, que dê resposta às inseguranças e lacunas identificadas nas entrevistas das famílias. De facto, preconiza-se que o Enfermeiro de Família direcione a sua atuação em prol das necessidades familiares internas.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação. Segundo Fortin (1999), trata-se de um processo ou forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção organizada do objetivo do estudo em questão.

Este capítulo está organizado pelas temáticas pertinentes em desenvolvimento no âmbito do estudo, nomeadamente: modelos conceptuais: Enfermagem na Família (Família, Transições Familiares, Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico da evolução e intervenção familiar), Envelhecimento e dependência (Envelhecimento demográfico, a pessoa idosa dependente), a família como cuidadora informal (o papel do cuidador informal, consequências do cuidador informal na prestação de cuidados, dificuldades/necessidades do cuidador informal na prestação de cuidados, apoios informais e formais ao acesso da pessoa idosa dependente e da família que cuida), o papel do Enfermeiro de Família na transição familiar: dependência da pessoa idosa/família como cuidadora (Educação para a Saúde/Promoção da Saúde, o papel da Equipa multiprofissional na continuidade dos cuidados em contexto institucional e domiciliário).

### **2.1. Modelos Conceptuais: Enfermagem de Família**

O envelhecimento populacional é uma realidade social que acarreta consequências marcantes, nomeadamente ao nível do seio familiar. Com a crescente dependência nas Atividades de Vida Diária, torna-se preponderante a procura de soluções que dêem apoio às necessidades do idoso. O acompanhamento do processo de envelhecimento e consequente dependência por parte da família revela-se uma realidade marcante e progressivamente agravante, com a qual os familiares concentram emoções e medos difíceis de gerir.

Importa perceber quais os impactos provocados pelas transformações estruturais na vivência do processo de dependência da pessoa idosa pela família que a acompanha, assim como quais as necessidades vivenciadas pelos familiares às quais o Enfermeiro de Família consegue dar resposta. A estes objetivos pretende seguir rumo o presente Projeto.

#### **2.1.1. A família**

Segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (2011), a família representa uma *“unidade social ou todo coletivo composta por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A família assume um papel preponderante nos cuidados à pessoa idosa. Como refere Tier, Fontana, & Soares (2004), o aumento de pessoas idosas conduz a situações de saúde frágil, debilitação e dependência da pessoa idosa da sua família. Na maioria dos casos a grande quantidade de cuidados prestados às pessoas idosas e debilitadas, fica à



responsabilidade das famílias. A família pode ser considerada como suporte na proteção do idoso.

Segundo afirma Figueiredo (2011), a família surge como provedora de cuidados de saúde à pessoa idosa, devido às alterações sócio-demográficas ocorridas na sociedade, relacionadas principalmente com o envelhecimento populacional. A família emerge com um papel cada vez mais relevante na atenção prestada aos cuidados aos idosos (Figueiredo, 2011).

Seja qual for o tipo de família que encontremos na nossa prática profissional, “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais” (Relvas, 2004, pg. 14).

São atributos do conceito de família: um sistema ou unidade social auto-definida pelos seus membros, não constante, pelo que a mudança e desenvolvimento estão presentes; os seus membros podem ou não estar relacionados por nascimento, adopção ou casamento e podem ou não viver na mesma residência; a unidade pode ou não ter crianças dependentes; é necessário haver compromisso e afeto entre os membros que se vai desenvolvendo ao longo do tempo; têm um projeto futuro; a unidade leva a cabo funções de cuidar (proteção, sustento, socialização dos seus membros) (Whall & Fawcett, 1991).

Nesta realidade atual, as famílias têm-se relevado a principal fonte de prestação de cuidados, independentemente das alterações verificadas na dinâmica familiar nas últimas décadas, tal como a entrada da mulher no mundo de trabalho. De fato, mesmo nesta situação, a mulher continua a ser a principal cuidadora da pessoa dependente. (Pires, 2012)

As famílias percorrem o seu caminho através de transições, sendo que os novos contextos exigem mudanças nos padrões familiares que podem derivar de duas tipologias de situações que causem essa perturbação: associadas ao ciclo vital da família (normativas) ou ecológicas; ou ainda situações não normativas (resultantes de situações de stress acidentais (Figueiredo, 2009). Conforme explica a mesma autora, as primeiras resultam de mudanças previsíveis relacionadas com as transições individuais dos membros da família ou do desenvolvimento da mesma enquanto sistema. As segundas devem-se a acontecimentos imprevisíveis associados a fatores de stress. Em ambas, a família pode adaptar e evoluir, ou manter os mesmos padrões, tentando manter-se em funcionamento (Figueiredo, 2009).

Avaliar, compreender e apoiar as famílias na relação construída e mantida com os seus idosos, contribui para a resolução de problemas, prevenção de stress e optimização da qualidade de vida do idoso e da sua família (Carneiro, 2012).

A Saúde Familiar é compreendida como um estado subjetivo cujo processo dinâmico de ajustamento é estabelecido pelos processos adaptativos inerentes às mudanças advindas das transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2009). Tais transformações exigem conhecimentos e por vezes competências que permitam dar resposta a novos desafios. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2000), os Enfermeiros deverão poder fazer aconselhamentos sobre estilos de vida e fatores de risco ligados a comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Detectando precocemente os problemas,

podem favorecer a tomada de consciência sobre o mesmo desde o início. O papel do Enfermeiro de Família engloba muitas funções com foco na família e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável. Segundo a OMS, os Enfermeiros de Família trabalham em conjunto com as famílias, comunidade e outros profissionais, atuando como recurso e sendo elementos chave na promoção de saúde. O Enfermeiro de Família atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas doentes, sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde.

### **2.1.2. Transições Familiares**

As transições familiares correspondem à passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra; refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta (Chick & Meleis, 1986). Uma situação de transição ocorre quando um acontecimento produz mudanças em pelo menos uma das seguintes áreas: rotinas, papéis, relacionamento interpessoais, conceito acerca de si/ou do mundo que rodeia o indivíduo (Schlossberg, Watters, & Goodman, 1995).

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Chick & Meleis, 1986). Meleis afirma que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Chick & Meleis, 1986).

As transições podem ser: saúde/doença, desenvolvimental, situacional e organizacional. A transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel decorrentes de alterações súbitas da condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição desenvolvimental está relacionada com eventos de desenvolvimento, individual ou familiar, nomeadamente o envelhecimento (Canaval, 2007). A transição situacional está associada a eventos de exigem redefinição ou definição de papéis da pessoa ou família, nomeadamente assumir o papel de prestador de cuidados. A transição organizacional trata-se de um tipo de transição associada a mudanças relacionadas com o ambiente (Meleis & Trangenstein, 1994).

A consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o período de tempo e os pontos e eventos críticos foram descritos como propriedades das transições.

As transições não são discretas nem mudanças exclusivas. As transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade, pelo que cada pessoa pode viver mais do que um tipo de transição simultaneamente. As transições podem ser categorizadas por únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Meleis, 2000).

### **2.1.3.A Enfermagem de Saúde Familiar**

A Enfermagem de Família tem por objetivo ajudar a pessoa e a família a enfrentar e lidar com uma patologia, crónica ou não, atuando em momentos de stress, implementando parte das suas intervenções no lar do indivíduo e da família. As suas intervenções passam pelo despiste o mais precoce possível de disfunções na família, através da avaliação e, *à posteriori*, realização de ensinamentos em que se visa a promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção dos comportamentos de risco (World Health Organization, 2013). Como tal, está-lhe associada uma evolução traduzida na transição entre quadros conceituais norteadores da ação e visão dos profissionais.

Para falar em Saúde Familiar torna-se imperativo defini-la como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que engloba fatores biológicos, psicológicos, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar (Hanson, 2004). O mesmo autor explica que conjuntamente a avaliação da Saúde Familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar (Hanson, 2004).

Neste contexto, conforme realça Pires (2012), é importante a formação centrada numa nova consciência direcionada para o cuidar na Família, com a Família e para a Família. É fundamental atuar numa perspetiva de, juntamente, com os recursos da família e da comunidade onde esta se insere, ajudar a família a construir o seu melhor projeto de saúde. Assim, como menciona a mesma autora (Pires, 2012), a família provedora de cuidados deve delinear estratégias de ajustamento às novas exigências, nomeadamente partilha de responsabilidades, encargos, estratégias de apoio e modos de cuidar. Dado o contexto de cuidar ser uma área complexa, podem surgir conflitos e alterações do equilíbrio familiar (Pires, 2012).

Neste contexto, a Enfermagem de Família detém as competências essenciais para o cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo a posição de centralidade entre os agentes comunitários de saúde (Luís, 2012).

Como menciona também a Ordem dos Enfermeiros (2009), a Enfermagem de Família detém competências requeridas para o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, prestando cuidados específicos às diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção. Considera-se família enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e às especificidades do seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Importa concluir que, as directrizes no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários, ao nível quer da organização dos serviços quer da orientação dos cuidados, demonstra a importância das práticas clínicas de Enfermagem centradas na família e na relação que cada Enfermeiro estabelece com a mesma no processo da prestação dos cuidados (Silva, Costa & Silva, 2013).

#### **2.1.4. Modelo Dinâmico da evolução e intervenção familiar**

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) foi desenvolvido por Figueiredo (2009) através da sua tese de doutoramento e baseia-se no pensamento sistémico, fundamentado pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família e pelo Modelo Calgary de Intervenção na Família. Considerando as necessidades dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem direcionados à família, este modelo torna-se uma mais-valia, na medida em que ajuda ao desenvolvimento das práticas e à sua compreensão no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

A matriz operativa engloba três áreas de atenção (dimensões): estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada área de atenção é constituída por indicadores de avaliação, mediante os quais o Enfermeiro se apoia para a tomada de decisão acerca dos diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados face aos objetivos propostos em parceria contínua com a família (Figueiredo, 2011).

Na dimensão estrutural, o Enfermeiro realiza uma avaliação da estrutura da família, nomeadamente vínculos afetivos entre os membros e entre estes e o meio, mantendo como base a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. Nesta dimensão são avaliados aspetos relativos ao contexto ambiental, designadamente a classe social (avaliada através da Escala de Graffar), o edifício residencial, o sistema de abastecimento e o ambiente biológico. O Enfermeiro utiliza ainda dois instrumentos valiosos: o Genograma e o Ecomapa (Figueiredo, 2011).

A dimensão de desenvolvimento permite compreender os fenómenos associados ao crescimento familiar, sendo importante a preparação da família para cada etapa e para futuras transições familiares (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental, ...) (Figueiredo, 2011). Além dos estágios e tarefas delineadoras da vida dos membros da família, torna-se ainda fundamental avaliar os vínculos afetivos entre si. Assim, a avaliação funcional da família diz respeito à forma como os seus elementos se comportam entre si, tendo como base duas dimensões do seu funcionamento: a instrumental (atividades de vida diária) e a expressiva (interações entre os membros da família). A instrumental é caracterizada através da definição: Papel de Prestador de Cuidados. A expressiva engloba o: Processo Familiar (Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, pela descrição da comunicação familiar, coping familiar, papéis familiares, relação dinâmica com inclusão do APGAR Familiar de Smiksrein, e crenças familiares) (Figueiredo, 2011).

Como menciona Figueiredo (2009), a Enfermagem de Família centra-se na capacitação funcional da família perante processos de transição, numa abordagem co-evolutiva da família enquanto sistema autopoietico. Explica ainda, a mesma autora (Figueiredo, 2011), que a compreensão da família implica interpretá-la enquanto unidade, tendo em conta a sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre outras características.

## **2.2. Envelhecimento e dependência**

A modernidade e o aumento da esperança média de vida, associada a alterações sociais, conduziram a modificações ao nível do contexto familiar e social. Verifica-se um crescente número de idosos, a verticalização das famílias e ajustes complexos nas ligações familiares (Magalhães, 2012).

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal com implicações físicas e fisiológicas características. As alterações próprias do envelhecimento, com modificações anatómicas e funcionais variam de pessoa para pessoa (Freitas, Cansado, Doll, & Gorzoni, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável.

Várias são as teorias explicativas do processo de envelhecimento: teoria biológica, teoria psicológica, teoria sociológica. A teoria biológica, de acordo com o mencionado por Magalhães (2012) entende o envelhecimento como o alcance do tempo limite do organismo multicelular, onde as probabilidades de sobrevivência vão sendo cada vez menores com o avançar da idade. Numa vertente da área de estudo da Psicologia (teoria psicológica), tem havido uma preocupação centrada nas diferentes formas de envelhecer, directamente relacionado com a inteligência, memória, personalidade, motivação e habilidades, dado que ao exercitar estas capacidades, se contribui para a preservação da capacidade funcional do idoso. Por fim, a teoria da Sociologia tenta relacionar as duas teorias anteriores com fatores socioculturais do envelhecimento.

Como referido anteriormente, o processo de envelhecimento acarreta várias alterações, nomeadamente limitações físicas, alterações mentais e psicossociais (défice de memória, desorientação, sentimentos de solidão e incapacidade, tristeza) que podem influenciar e afetar o funcionamento e relacionamento da família. As alterações mentais são causadas por um conjunto de factores biológicos e psicossociais, como são exemplo a falta de interesse e motivação, a ansiedade e a não utilização das faculdades intelectuais. Por sua vez as alterações físicas devem-se a doenças e dificuldades funcionais que exigem maiores cuidados devido ao quadro de dependência do idoso (Tier et al., 2004). Segundo o mesmo autor (Tier et al., 2004), o envelhecimento é considerado como um processo cumulativo, irreversível, universal e não patológico. Nesta fase do ciclo de vida ocorre uma deterioração do organismo, podendo incapacitar a pessoa a desenvolver as suas actividades de vida diária.

Neste sentido, a família constitui a primeira de linha de apoio e de cuidados à pessoa idosa que apresenta degradação gradual das suas habilidades físicas e mentais.

### **2.2.1. Envelhecimento demográfico**

Segundo as previsões do INE (2017) nos próximos anos (entre 2015-2080) o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Face ao decréscimo da população jovem, a par do

aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar em 2060.

Segundo dados da OMS, as principais doenças crónicas que afetam o idoso são: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças músculo- esqueléticas doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão (OMS, 1998, Gratão, 2006).

De facto, constata-se que as alterações demográficas apontam para a necessidade de promoção do envelhecimento saudável, bem-sucedido e ativo, o que implica saúde, autonomia e independência durante o máximo de tempo possível, numa atitude preventiva e de promoção da saúde, num desafio coletivo e individual (Félix, 2008; Sequeira, 2010).

O aumento da longevidade da população, relacionado com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas, conduzem a um aumento do número de doenças crónicas com tendência para a dependência. À medida que a idade avança, a impossibilidade de realizar, de forma independente, determinadas actividades do dia-a-dia deve-se sobretudo a dois aspectos: às doenças crónicas e ao processo global da senescência (Figueiredo, 2007). Face a estes dados surge a necessidade de apoiar e cuidar dos idosos, gerando na sociedade em geral (comunidade, família, Equipas de Saúde,...) mudanças efectivas e grandes desafios a enfrentar de forma a promover a autonomia dos cuidadores informais, nomeadamente através da identificação resolução das suas dificuldades.

De acordo com a Constituição da República Portuguesa de 2005 (Declaração Universal dos Direitos do Homem), as pessoas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social.

### **2.2.2. A pessoa idosa dependente**

O envelhecimento é um processo inevitável, universal, irreversível e inerente ao ciclo de vida humana que se evidencia por alterações a nível biológico, psicológico e social (Zimerman, 2005). Naturalmente, o processo de envelhecimento integra o desenvolvimento humano e é algo muito particular, pois cada pessoa envelhece de uma forma diferente da outra (Paúl, 2005).

O envelhecimento deve ser encarado sob a perspetiva da psicologia (valorizando a história de vida da pessoa idosa e o modo como ele percebe o processo de envelhecer), da saúde (atentando para uma maior probabilidade de ocorrência de doenças que advém de uma maior longevidade, vulnerabilidade e morbilidade), da prestação de cuidados (adequando as tipologias de cuidados formais e informais e criando respostas que vão ao encontro das reais necessidades das pessoas) (Paúl, 2005).

Verifica-se, atualmente, que o envelhecimento será tanto mais difícil quanto maior for o sentimento de abandono, de rejeição e de isolamento. A segurança económica, o apoio de

familiares, o equilíbrio mental e físico são aspetos fundamentais para a aceitação de velhice e da dependência de forma positiva, pelo idoso (Salgueiro, 2007).

Com o avançar da idade verifica-se, frequentemente, a perda de autonomia, que se traduz na necessidade de os idosos necessitarem de ajuda para a realização das suas atividades básicas de vida diária, com recursos económicos deficitários que também dificultam a sua autonomia, exigindo a esta população um maior suporte de cuidados, por isso cada vez mais se devem enfatizar cuidados de saúde informais em contexto domiciliário, a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, promovendo a sua autonomia e dignidade (Grelha, 2009). Como refere Sequeira (2010), a monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade (Sequeira, 2010).

Por dependência, entende-se o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades de vida diária, de modo particular nos cuidados pessoais. (Sequeira, 2010). A dependência surge, muitas vezes, tal como afirma Sequeira (2010), na consequência de doença ou acidente, provocando limitações na atividade e funcionalidade da pessoa. Também Imaginário (2004) acrescenta que a dependência na pessoa idosa surge com mais frequência quando esta está exposta a situações que a impedem de satisfazer as suas necessidades, tais como a falta de apoio e afeto familiar, o isolamento, o abandono, a solidão, a inatividade, a alteração de papéis, estatuto ou perda de prestígio, a insuficiência de recursos, a passividade e a exclusão social (Ferreira, 2017).

Neste sentido, é relevante distinguirmos os conceitos de independência e autonomia, pois são conceitos distintos. Na visão de Sequeira (2010), a autonomia refere-se à capacidade da pessoa gerir e controlar a sua vida e de tomar decisões no seu dia-a-dia de acordo com os seus valores, padrões, preferências e regras. Já a independência, segundo o mesmo autor, diz respeito à capacidade de desempenhar atividades de vida diária e tarefas de autocuidado sem ajuda de terceiros (Ferreira, 2017).

Quando surge a dependência, causada por um acontecimento imprevisto ou por acontecimentos antecipados ou previsíveis, dá-se uma transição para uma nova fase e uma nova forma de viver que apelam à necessidade de adaptação da pessoa idosa e seus cuidadores, bem como a assimilação de novas aprendizagens e hábitos. A dependência está associada a um declínio nas funções do organismo e, claro está, compromete a mobilidade, a capacidade articular, a capacidade instrumental, a capacidade mental, entre outras. Sendo assim, importa que seja efetuada uma avaliação global da pessoa idosa a fim de identificar quais as dimensões da funcionalidade comprometidas e qual o apoio necessário para responder às necessidades do mesmo (Sequeira, 2010; Ferreira, 2017).

Na realidade, podemos recorrer a diversos instrumentos de medida relacionados com as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a variadíssimas estratégias para realizar um diagnóstico pormenorizado (Ferreira, 2017).

### **2.3. A família como cuidadora informal**

O cuidador é uma pessoa que se caracteriza pelo envolvimento com o outro, vivendo uma contínua experiência de aprendizagem e descoberta das potencialidades mútuas (Lemos, 2012). Na visão de Augusto (2005), o cuidador informal é a pessoa familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário a quem sofre de uma doença ou requer ajuda para desenvolver as suas atividades de vida diária, sem receber qualquer remuneração económica por isso (Augusto, 2005).

A literatura internacional aponta quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais do idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); género (principalmente mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (Karsch, 2003; Pereira, 2009).

Quanto ao grau de comprometimento na prestação dos cuidados, pode-se classificar o cuidador em duas categorias: primário e secundário. Define-se o cuidador primário como o indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento de ajuda à pessoa necessitada e cuidador secundário como quaisquer outras pessoas que forneçam assistência de forma complementar, isto é, sem serem os principais responsáveis na prestação dos cuidados informais à pessoa dependente (Laham, 2003; Gonçalves *et al.*, 2006; Pereira, 2009).

No que diz respeito ao desempenho da função de cuidar, classifica-se o cuidador em: informal (alguém da família do paciente ou muito próximo, como um vizinho ou amigo que presta os cuidados, sem que haja qualquer tipo de contrato para o fim de cuidar); e formal (quando se estabelece alguma espécie de contrato com a pessoa que cuida, a fim de que os serviços sejam realizados, geralmente, mediante remuneração) (Laham, 2003; Pereira 2009).

#### **2.3.1. O papel do cuidador informal**

A Enfermagem, pela natureza da sua disciplina e pela proximidade que tem com os cuidadores, assume um papel fundamental no apoio dos mesmos, constituindo-se como o elo de ligação entre cuidador e a equipe multidisciplinar, contudo a prática evidencia que esta situação nem sempre se observa. É ao Enfermeiro que cabe a intervenção de tornar o cuidador informal capaz a prestar cuidados com segurança e informação necessárias. Para tal recorre a momentos de ensino, instrução e treinos nas diferentes áreas onde o cuidador apresenta dificuldades.

O cuidador não deve ser objeto de intervenção, ser submetido a um tratamento, mas sim sujeito de intervenção, desenvolvendo sinergias com os serviços de saúde. É necessário ir para além de orientar, co-implicar e esperar colaboração dos cuidadores na prestação de cuidados. Os cuidadores devem ser encarados como aliados na recuperação e manutenção da saúde das pessoas de quem cuidam, detentores de um potencial determinado pelas perceções das experiências vividas, que irão influenciar os seus comportamentos aquando da gestão destas mesmas experiências. Os cuidadores assumem um papel ativo na vivência do cuidado e na tomada de decisão (Ângelo, 2000).



Mendes, (2005) considera que as intervenções dos profissionais de saúde devem ser dirigidas para os cuidadores, encarando-os não unicamente como recetores de cuidados mas também e principalmente como parceiros do cuidar. A forma como os profissionais de saúde se relacionam com os cuidadores assume uma importância vital quando se aborda a questão da necessidade de apoiar os cuidadores no desempenho do seu papel.

Twigg citado por Celma (2003) identificou três modelos distintos de relacionamento entre cuidadores e profissionais de saúde, que carecem de uma análise que permita a compreensão desta complexa dinâmica: o modelo de substituição ou alternativo em que cada um dos sistemas (formal/informal) constitui um recurso de cuidados diferente, assumindo papéis de forma independente e por vezes delegando funções; o modelo cuidador/cliente assume maior importância no caso das crianças hospitalizadas ou em pessoas com alguma deficiência mental, nos outros casos os cuidadores são geralmente clientes secundários; e o modelo co-cuidador no qual se estabelece uma relação de colaboração entre ambos os sistemas (formal/informal) que intervêm tendo por base a complementaridade, fomentando a colaboração e a aquisição de capacidades.

Estudos realizados revelam que os enfermeiros limitam as suas intervenções junto da população idosa a situações de crise, apostando pouco na educação para a saúde, na avaliação das situações, e não prestam apoio de uma forma continuada (De la Rica & Hernando, 1994; Imaginário, 2008; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Os cuidadores necessitam de ser acompanhados desde o diagnóstico, não sendo a institucionalização ou morte do doente sinónimo do fim deste acompanhamento, na medida em que a institucionalização do doente não pressupõe o abandono do papel e o final da sobrecarga.

Cuidar de um doente em casa é um processo complexo e multidimensional e o desenvolvimento de estratégias efetivas de intervenção passa pela compreensão da dinâmica da relação entre cuidador, pessoa cuidada e o meio em que ambos estão inseridos (Schulz, 2000).

No presente Projeto constatou-se que a família, perante a dependência da pessoa idosa do seu meio familiar, assume o papel de cuidador informal.

### **2.3.2. Consequências do cuidador informal na prestação de cuidados**

No âmbito familiar, observa-se uma reorganização visando o atendimento das necessidades dos dependentes, seja de companhia, de ajuda no desenvolvimento das atividades de vida diária ou de cuidados com a saúde. No caso do idoso, o agravamento das doenças crónicas torna crescente a necessidade de cuidados. Dispensar cuidados a alguém que esteja doente ou dependente envolve esforço mental, físico, psicológico (Rodrigues *et al.*, 2006; Pereira, 2009).

Diversos estudos revelam que o processo de cuidar do idoso em contexto domiciliar pode resultar em limitações na vida diária do cuidador, afetando os papéis sociais, ocupacionais e pessoais desempenhados por ele, com consequente risco à sua saúde e bem-estar (Gonçalves *et al.*, 2006).

A sobrecarga do cuidador é uma reação negativa aguda à prestação de cuidados, que surge quando novos desafios de cuidados surgem ou quando as exigências de cuidados já existentes se intensificam. Cuidadores incapazes de se adaptar ou modificar as suas estratégias para atender a estas necessidades e/ou dificuldades de cuidados experienciam a sobrecarga ou stress do cuidador (Papastavrou *et al.*, 2007).

Segundo alguns autores, a sobrecarga associada aos cuidados é um fenómeno multidimensional que engloba quatro grandes domínios: o quadro de cuidado (incluindo as características do cuidador, o tipo de relacionamento entre o cuidador e aquele que é cuidado e a disponibilidade de apoio social); as situações de stress relacionadas ao cuidado, que podem ser primárias (como o comportamento problemático do paciente) ou secundárias (tal como outros compromissos do cuidador); fatores que podem servir de moderadores da percepção de stress, como estratégias de enfrentamento e de gestão de cuidados; e as consequências dos cuidados para o bem-estar geral do cuidador (Papastavrou *et al.*, 2007).

### **2.3.3. Dificuldades/ necessidades do cuidador informal na prestação de cuidados**

Inquestionáveis são as necessidades das pessoas em situação de dependência, no entanto, tão importantes como estas são as dificuldades sentidas por parte de quem lhes presta cuidados. Campos, Maia, Roncha e Gouveia (2009) realizaram um estudo onde definiram as necessidades e dificuldades associadas ao papel do cuidador, que foram divididas por quatro principais domínios: informacional, instrumental, emocional e grupos de apoio. (Oliveira, 2013)

Também Lopes (2007) considerou vários tipos de necessidades e dificuldades vividas pelos cuidadores: as necessidades instrumentais, as necessidades de orientações dadas pelos técnicos de saúde e os sentimentos vividos perante a situação de dependência do seu familiar. (Oliveira, 2013).

Alguns autores enumeram algumas dificuldades: de ordem material (stress físico e mental; conflitos; falta de informação e formação); de ordem familiar (conflitos familiares graves); dificuldades de ordem económica (encargos financeiros); de integração social e profissional (falta de legislação que permita conciliar o trabalho e a prestação de cuidados); e decorrentes da inexistência de apoios (nomeadamente ajudas técnicas) (Bomfim, 1996; Miranda, 2003).

De acordo com algumas fontes, verificam-se carências dos cuidadores, que se reflectem ao nível material (recursos financeiros, transporte, acesso a serviços de saúde); emocionais (suporte emocional, rede de cuidados que ligue a família a serviços de apoio); e informação (necessita de informação sobre como realizar os cuidados). (Miranda, 2013)

Cuidar da pessoa dependente requer por parte do cuidador uma grande disponibilidade, dado que implica também estar com o outro, isto é, disponibilidade física e psicológica. Com a organização familiar a girar em torno da pessoa que está a ser cuidada, os outros elementos da família passam a ocupar um plano secundário, sendo que esta dificuldade é sentida pela

maioria dos cuidadores (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

As dificuldades dos cuidadores de acordo com Brito (2002) são agrupadas em oito dimensões: problemas relacionados com a pessoa dependente; reação à prestação dos cuidados; exigências de ordem física na prestação; restrições na vida social; deficiente apoio familiar; deficiente apoio profissional; problemas financeiros e outros aspetos. (Oliveira, 2013)

Para colmatar as dificuldades, os cuidadores têm de superar algumas necessidades. Essas necessidades podem ser agrupadas em ajudas práticas e técnicas (ao apoio nas tarefas domésticas, a preparação das refeições e o apoio na higiene); apoio financeiro (despesas médicas e equipamentos); apoio psicossocial (ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações); tempo livre (muitas vezes dispensada levando a exaustão familiar); informação (à necessidade de ter conhecimento acerca de subsídios, serviços disponíveis e direitos) e de formação (aquisição de conhecimentos práticos e conhecimentos sobre a doença e a dependência) (Figueiredo, 2007; Oliveira, 2003).

Quanto à formação para o desempenho das atividades relativas ao cuidar, os dados de Almeida (2005) e Gratão (2006) revelaram que a maioria dos cuidadores não teve orientação profissional (90,4% e 77,8%, respectivamente), sendo seus conhecimentos obtidos de forma solitária, na prática, com base em erros e acertos. O estudo de Gonçalves *et al.* (2006) revelou que 64,6% dos cuidadores dedicavam-se diuturnamente à atenção do idoso, investindo diariamente cinco horas ou mais em atividades de cuidado direto, como: ajuda no deslocamento, auxílio no banho, encaminhamento ao sanitário para as necessidades fisiológicas e, em situações de incontinência urinária, ajuda no despir-se e vestir-se e na troca de fraldas (Pereira, 2009).

Dentre as funções que o cuidador primário deve realizar junto ao idoso doente e/ou fragilizado estão: ajudar a sair da cama ou a levantar-se da cadeira; ajudar no cuidado corporal - cabelos, unhas, pele, barba, banho, higiene íntima, cuidados com eliminações; ajudar na locomoção e em atividades físicas apoiadas - andar, tomar sol, movimentar as articulações; estimular e ajudar na alimentação; promover a comunicação e a socialização; estimular a memória e o intelecto de um modo geral; manter a limpeza e a ordem da casa ou quarto do idoso; e acompanhar às consultas (Gonçalves *et al.*, 2000; Laham, 2003).

#### **2.3.4. Apoios informais e formais ao acesso da pessoa idosa dependente e da família que cuida**

Oficialmente, as respostas sociais reconhecidas, pela Segurança Social para idosos no nosso país são: centros de convívio, centros de dia, lares de idosos, residências, serviço de apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, acolhimento familiar de idosos, centros de acolhimento temporário para idosos e centros de noite (Ribeirinho, 2005; Guedes, 2011).

No sentido de dar resposta e continuidade às necessidades específicas das pessoas com dependência surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com a finalidade de prevenir o agravamento do estado de saúde dos doentes, reabilitar, cuidar e

promover a autonomia do doente, assim como facilitar a adaptação à incapacidade e a melhoria da qualidade de vida. A prestação de cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é constituída por unidades de internamento, unidades ambulatoriais, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. (Guedes, 2011). Constituindo um nível intermédio de Cuidados de Saúde e Apoio Social, a Rede procura envolver a participação e cooperação da sociedade civil e de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), respondendo a vários serviços que o doente e família necessitam no domicílio, possibilitou uma maior aproximação entre os profissionais das várias instituições, doente e família, traduzindo-se em maior satisfação para ambos.

Apesar da existência destas respostas, torna-se clara a falta de serviços formais de apoio aos idosos, seja para suplementarem as redes de apoio informal, seja para as substituírem, na ausência ou indisponibilidade. (Paúl, 1997; Guedes, 2011)

Revela-se importante perceber a importância da articulação entre as respostas formais dos serviços de saúde e de protecção social e o apoio informal ou familiar. Este processo exige fortes inovações que passa pela compreensão de que os sistemas formais e informais não podem constituir processos independentes mas antes processos complementares e integrados. O que pressupõe, uma abordagem multidimensional às necessidades das famílias, no âmbito dos seus contextos e das suas vivências (Guesdes, 2011; Figueiredo, 2007).

As redes de apoio informal à pessoa idosa podem subdividir-se em dois grandes grupos: as constituídas pela família da própria pessoa idosa e as constituídas pelos amigos e vizinhos.

Apesar de todas estas transformações, em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Paúl, 1997; Pimentel, 2001; Guedes, 2011).

As redes de apoio informal, constituídas pelos amigos e vizinhos da pessoa idosa, embora menos estudadas, parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice. Deste modo, poder-se-á dizer que a rede social formal e informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, sendo à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do idoso, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador (Guedes, 2011).

Os programas de apoio aos cuidadores promovem o ajuste pessoal do cuidador à situação, aumentam a capacidade de cuidar e facilitam a adaptação às perdas (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2004). Os cuidadores são agentes de saúde cujo papel é fundamental na resolução de problemas de saúde, no entanto verifica-se que os conhecimentos, habilidades e recursos necessários à consecução deste papel, são muitas vezes insuficientes (Mendes, 2005).

A melhoria e o sucesso do apoio aos cuidadores passa por uma avaliação individual, baseada numa abordagem multidimensional que contemple a natureza dinâmica e contextual da situação de prestação de cuidados, na medida em que só desta forma é possível determinar qual a intervenção adequada a cada cuidador e respetivo contexto (Brito, 2001).

## **2.4. O papel do Enfermeiro de Família na transição familiar: dependência da pessoa idosa /família como cuidadora**

As transições familiares estão associadas a situações de mudança e desenvolvimento. Envolvendo continuidade e descontinuidade dos processos na vida familiar (Chick & Meleis, 1986). Seria desejável a constituição de uma aliança entre os profissionais e os cuidadores, contudo e apesar de alguns profissionais possuírem qualidades pessoais e habilidades profissionais para promover o apoio e o conforto de que doentes e cuidadores necessitam, carecem de um referencial teórico que oriente a sua prática (Cuesta, 2004).

### **2.4.1. Educação para a Saúde/Promoção da Saúde**

Frequentemente os cuidadores referem o insuficiente apoio que recebem por parte dos profissionais de saúde, tendo necessidade de aprenderem sozinhos e por tentativa erro (Morgan & Zhao, 1993; Kuyper & Wester, 1998; Duarte & Diogo, 2000). Os cuidadores esperam que os profissionais de saúde lhes facultem mais informações sobre a forma de desempenharem o seu papel e como obter ajudas, apelam, também a um maior diálogo com os profissionais (Imaginário, 2008).

A equipe de saúde deve orientar as suas intervenções no sentido da avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais do cuidador, das condições e características da habitação e da situação socioeconómica. As intervenções terapêuticas junto dos cuidadores informais devem assentar em três vertentes principais: apoio psicológico; educação/informação e sistemas sociais de apoio (Brito, 2001). Os cuidadores necessitam de informação sobre os apoios comunitários, educação sobre os cuidados, atenção sobre as suas necessidades e ajuda no desenvolvimento do processo (Mendes, 2005). Por conseguinte, os dispositivos de ajuda aos cuidadores devem basear-se na informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica, numa lógica de coordenação, precocidade e adaptação dos serviços.

As intervenções ao nível do apoio psicológico assentam, maioritariamente na remodelação das cognições do cuidador, através da descoberta de novas formas de coping e de novas maneiras de pensar (Brito, 2001; Imaginário, 2008). Os profissionais de saúde deverão identificar cuidadores em situação de maior risco e ajudá-los a identificar ou reduzir as formas de coping que perante determinada situação se revelam ineficazes, e a desenvolver novas estratégias para fazer face à situação. Esta abordagem corresponde a uma das mais eficazes formas de intervenção terapêutica junto dos cuidadores no que se relaciona com a saúde mental destes e que acarreta benefícios para todos intervenientes (Brito, 2001).

O Enfermeiro deve facilitar a expressão dos problemas, dificuldades e constrangimentos sentidos, valorizando o trabalho desenvolvido pelos cuidadores. Devem igualmente mostrar disponibilidade e abertura para dialogarem e ajudar os cuidadores a enfrentar os problemas e resolver os conflitos resultantes do processo de cuidar, demonstrando respeito pelas crenças e valores envolvidos em todo o processo (Santos, 2005). Saber ouvir, estar desperto para os sentimentos e para a partilha de conhecimentos é fundamental (Duarte

& Diogo, 2000). Perceber sentimentos e emoções das pessoas cuidadas e dos cuidadores é uma fonte inesgotável de saberes.

A família deve ser escutada, devem-se criar condições para que possam expressar sentimentos de revolta, angústia, sentimentos de culpa e os profissionais de saúde devem facilitar o diálogo desculpabilizando-os por estes sentimentos, que são inerentes ao ser humano quando frustrado (Simões, 1994).

#### **2.4.2. O papel da Equipa multiprofissional na continuidade dos cuidados**

A existência de profissionais de saúde bem informados, capazes de uma intervenção humana e criativa e de cuidadores esclarecidos e apoiados tecnicamente, constituem elementos fundamentais na prevenção e controlo da incapacidade e dependência do doente com demência. Nenhuma intervenção resultará em benefício para o doente se o cuidador não for devidamente apoiado e integrado na equipa de cuidados (Melo, 2005).

Os cuidadores necessitam que os profissionais de saúde potencializem as suas habilidades pessoais para que aprendam não só a cuidar do seu doente, mas também a cuidar de si. Torna-se necessário assegurar a eficácia da intervenção junto dos cuidadores e a existência em simultâneo de três condições: o cuidador/confidente tem de ter o seu próprio confidente; o profissional de saúde deve partilhar confidências podendo, inclusive, assumir o papel de confidente e apoiá-lo; mais do que aspetos cognitivos, as estratégias de coping devem ser ensinados na medida em que contribuem de forma significativa para a melhoria da auto-estima do cuidador (Simões, 1994).

A utilização das tecnologias da comunicação como os computadores e o telefone representam benefícios para a qualidade de vida do cuidador e doente. Constituem um recurso importante quando o doente não se pode deslocar a uma instituição de saúde, facilitam a troca de informação entre cuidador e profissionais de saúde e podem ser utilizados pelos profissionais como instrumento de ensino. Os programas de intervenção para cuidadores informais constituem uma estratégia importante em termos de melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e do doente, traduzindo-se em ganhos humanitários e económicos (Brito, 2001).

### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo apresentar-se-á o plano metodológico do presente estudo consistindo este na definição do modo como o problema de investigação é tratado (Fortin, Côte, & Filion, 2009a).

De forma a responder aos objetivos do estudo optou-se pela metodologia qualitativa que designa à exploração do conhecimento sobre determinado fenómeno. Nesta investigação pretende-se compreender as vivências dos familiares da pessoa idosa dependente e o contributo que o enfermeiro de família pode vir a ter durante este processo de transição da família, nomeadamente ao nível da aquisição de conhecimentos e competências para prestar cuidados ao seu familiar. Fortin et. al (2009) sugere que a metodologia qualitativa permite uma melhor compreensão de fenómenos sociais pouco esclarecidos, evidenciando ser o plano mais adequado uma vez que a inclusão do cuidado à família enquanto sistema como foco de atenção, possibilitado pela nova vertente da Enfermagem (a Enfermagem de Saúde Familiar) é recente.

#### **3.1. Tipo de estudo**

Utiliza-se a metodologia da Investigação-ação (IA), tendo por base o “processo de investigação em espiral”, interativo e focado num problema. A IA pretende através de metodologias de investigação, simultaneamente a ação e a investigação, com base num processo cíclico que alterna entre a ação e a reflexão crítica, sendo que nos ciclos posteriores aperfeiçoa-se os métodos, dados e a interpretação à luz da experiência do ciclo anterior (Coutinho et al., 2009).

Face à problemática exposta propõe-se a realização de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, fenomenológico e transversal, pretendendo compreender as vivências da família perante a realidade de dependência do seu ente querido idoso, em contexto de CSP, percebendo, deste modo, a importância do contributo do EF. Segundo Fortin (2003), um estudo qualitativo envolve observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como eles se apresentam, sem procurar controlá-los. Um estudo exploratório pretende familiarizar o investigador com os problemas, tornando-o mais explícito, sendo usados para conhecer as variáveis desconhecidas necessárias a uma investigação mais profunda (Vilelas, 2009). Trata-se de um estudo descritivo, o método de que assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever os comportamentos, incluindo identificar fatores que podem estar relacionados com um fenómeno em particular (Freixo, 2009). O estudo fenomenológico não define uma teoria, mas o mundo conhecido, ao qual faz uma análise descritiva com base nas experiências partilhadas, tendo como alvo o fenómeno, ou seja o que se mostra tal como ele é (Vilelas, 2009). Para o mesmo autor, um estudo transversal é uma forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo (Vilelas, 2009).

### **3.2. População e Amostra**

O presente estudo terá como alvo as famílias das pessoas em fase de envelhecimento inseridos nos Cuidados de Saúde Primários, mais precisamente na Unidade de Saúde Familiar Leme.

Terá por base uma amostragem não probabilística de conveniência. Para Aires (2011), a amostragem é intencional porque o investigador seleciona os sujeitos com critérios específicos.

O estudo será realizado em contexto de estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS BV), que decorrerá no período de Abril de 2018 a Outubro de 2018.

Segundo a Administração Regional de Saúde do Centro, a USF Leme, instalada no centro de Saúde de Ílhavo, iniciou atividades em Outubro de 2013, garantindo resposta assistencial a cerca de 8.750 (segundo dados da época). A unidade é formada por uma Equipa de 14 profissionais (5 médicos, 5 Enfermeiros e 4 administrativos). Tem como área geográfica de atuação a freguesia de S. Salvador, oferecendo cuidados de saúde de proximidade da sua área de influência: consultas programadas, atendimento de situações de doença aguda, cuidados de Enfermagem e cuidados ao domicílio (Serviço Nacional de Saúde, 2013).

A seleção dos participantes associa-se à sua experiência relativamente ao fenómeno de interesse (dependência da pessoa idosa).

Como população consideram-se as famílias de pessoas idosas dependentes. Considera-se entrevistado o familiar da pessoa idosa dependente.

Os critérios de inclusão serão: familiar da pessoa idosa (idade superior ou igual a 65 anos) dependente, que conviva diariamente há mais de 3 meses, que preste cuidados diários à pessoa idosa dependente, inscritos na Unidade de Saúde Familiar Leme, residente no distrito de Aveiro e que aceitem participar no estudo.

São critérios de exclusão: familiar de pessoa idosa dependente institucionalizada, familiar de pessoa idosa dependente cujos cuidados sejam prestados por cuidador formal, que possuam ou aparentam perturbação psiquiátrica e que tenham vivido noutro país por um período superior a 20 anos.

Não foi estabelecido um número de participantes a investigar, utilizando em detrimento disso o critério da saturação.

### **3.3. Caracterização dos participantes**

Para a realização do presente estudo, foram entrevistados 14 cuidadores informais que são familiares de pessoas idosas dependentes. Os participantes encontram-se inscritos na USF do Leme.

Verificou-se que a idade mínima verificada entre os entrevistados foi de 44 e a idade máxima de 85 anos. Identificou-se como média de idades de 64,6 anos.



Relativamente ao género, verificou-se que 8 dos entrevistados são do sexo feminino e 6 são do sexo masculino. Da amostra de 14 entrevistados conclui-se que existe um predomínio de entrevistas do sexo feminino (57%) do que do sexo masculino (43%).

Verifica-se que 71% dos entrevistados são filhas (os) da pessoa idosa dependente (um total de 10 em 14) e 29% são os cônjuges (maridos) (um total de 4 em 14).

Todos os entrevistados residem na área de residência respeitante à cidade de Ílhavo.

Todos os participantes se identificam como sendo o familiar que assumiu o papel de cuidador informal e todos eles coabitam a pessoa idosa dependente à qual prestam os cuidados.

### **3.4. Problemática e objetivos**

No presente estudo preconiza-se a análise das “*Vivências da família da pessoa idosa dependente*”, numa análise em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, estudando o contributo do Enfermeiro de Família.

Surgem pois as questões “ Quais as vivências dos familiares da pessoa idosa dependente?”, “Qual o contributo do EF nas transições familiares vivenciadas pelos membros da família?” e “Quais as propostas de melhoria pertinentes na optimização do processo de capacitação das famílias perante a situação de dependência do seu familiar?”.

Tornam-se identificáveis os principais objetivos:

- descrever e compreender as vivências da família da pessoa idosa dependente;
- compreender qual o contributo do EF nas transições da dinâmica familiar vivenciadas pelas famílias;
- desenvolver uma proposta de melhoria com intervenções direcionadas às dificuldades identificadas pelos familiares.

Os objetivos específicos consistem em:

- identificar as dificuldades e necessidades de suporte identificadas pelos familiares na decorrente da dependência da pessoa idosa;
- descrever sentimentos, inseguranças e medos resultantes destas transições familiares;
- descrever as alterações na interação entre os diferentes membros da família;
- identificar as estratégias adotadas pela família perante as dificuldades identificadas;
- indicar as redes de suporte accionadas pelos mesmos;
- descrever a percepção da família acerca da importância do contributo do EF nos cuidados de suporte aos familiares da pessoa idosa dependente;
- identificar as sugestões de intervenções eficazes a adotar pelo EF perante as dificuldades sentidas pela família;
- implementar um plano ensino (Educação para a Saúde) com vista a colmatar as dificuldades identificadas pelos familiares;
- apresentar uma Proposta de melhoria à prática do Enfermeiro de Família na vivência do processo de transição de um familiar a cuidador;

- avaliar os ganhos em saúde para a família e idoso adquiridos com as intervenções mencionadas.

Após reunião das informações significativas relativas às necessidades dos familiares relativamente ao processo de dependência da pessoa idosa, pretende-se portanto promover momentos teórico-práticos de ensino, instrução e treino nas áreas do saber identificadas como lacunas para estes familiares.

A identificação das alterações na família da pessoa idosa dependente permite também perceber quais as competências do Enfermeiro de Saúde Familiar e apresentar uma Proposta de melhoria à prática da Equipa de Saúde.

### **3.5. Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção**

A investigação qualitativa está associada à entrevista enquanto estratégia de colheita de dados. A entrevista integra a comunicação entre duas pessoas e consta da partilha de informação por parte do participante com o entrevistador que colhe os dados fornecidos. Os objectivos da entrevista vão ao encontro dos horizontes da investigação qualitativa que implica a compreensão profunda das vivências dos entrevistados. Existem três tipos de abordagens de entrevista: a estruturada, orientada inteiramente pelo entrevistador, que recorre a questões específicas para entrevistar, assemelhando-se a um questionário; a não estruturada, em que é o participante que controla os conteúdos abordados ao longo da conversação; e, por último, a semiestruturada que contempla características das outras duas abordagens (Fortin, 2009).

Para recolha de dados do estudo apresentando, será usada uma entrevista semi-estruturada e semi-formal aos familiares que constituem a amostra e que, conforme mencionado anteriormente, tenham um elemento da família em processo de envelhecimento.

A entrevista constará inicialmente da apresentação do âmbito do estudo e seus propósitos. Seguidamente apresentará questões direccionadas para a caracterização demográfica, de forma a conseguir recolher informações relativamente ao perfil dos entrevistados, (idade, género, parentesco à pessoa idosa, área de residência). Numa segunda parte, a entrevista constará das perguntas em questão direccionadas para a temática em estudo.

As entrevistas foram aplicadas a familiares de utentes da USF a vivenciar a mesma etapa, pois segundo Fortin (2009) deve-se assegurar que o instrumento é representativo do domínio que deseja avaliar. A realização do pré-teste teve como objetivo avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, a sua extensão, a sua compreensão semântica das questões e o tempo necessário à sua aplicação. O guião da entrevista, como instrumento para colheita de dados, inclui os temas a abordar durante a entrevista que estão em consonância com os objetivos específicos estabelecidos. Optou-se pela utilização de questões abertas dado permitirem uma maior expressão das vivências dos participantes no estudo. Nas questões abertas abordam-se as seguintes dimensões: dificuldades e emoções na vivência do processo de dependência da pessoa idosa da família, funcionalidade da família perante a transição familiar associada a alterações no ciclo de vida de um membro da família, estratégias e redes

de suporte mobilizadas pela família, contributo do Enfermeiro de Família na adaptação familiar a esta situação, sugestões de estratégias a adoptar pelo Enfermeiro de Família ao nível dos CSP (ensinos e treinos).

As entrevistas foram realizadas em contexto domiciliário e na USF, de acordo com a disponibilidade e recursos dos familiares das pessoas idosas dependentes.

As entrevistas foram gravadas/redigidas, convertidas em texto, analisadas e posteriormente eliminadas.

Serão efectuados momentos de ensino/ instrução/ treino direccionados às necessidades identificadas e será apresentada uma Proposta de melhoria à prática dos cuidados da Equipa de Saúde da USF Leme de forma a tornar mais positiva a vivência da família da pessoa idosa dependente. Centra-se essencialmente na acção do Enfermeiro de Família no apoio ao familiar que se torna repentinamente cuidador informal, na fase de transição/ encaminhamento para outras propostas, nomeadamente UCC. Tal proposta de implementação será no âmbito domiciliário do familiar que é o cuidador.

### **3.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas**

O Plano de Proposta de melhoria da atuação na USF Leme em casos de família com pessoas idosas dependentes, do presente projeto, surge em consequência da análise dos resultados de conteúdo obtidos nas entrevistas efetuadas aos familiares, com análise sob as alterações sentidas em contexto familiar e nas necessidades de readaptação das dinâmicas da família face a novos desafios.

Desta forma, pretende-se que após análise de conteúdo das entrevistas sejam identificadas áreas principais de dificuldades e inseguranças sentidas pelos familiares que vivenciam a dinâmica familiar com uma pessoa idosa dependente.

O Plano de Intervenção engloba a realização de ensinos que visem dar resposta às inseguranças e lacunas identificadas nas entrevistas realizadas individualmente na USF ou em contexto de domicílio; e paralelamente a apresentação de uma Proposta de melhoria à prática da Equipa de Saúde da USF que vise colmatar o vazio de formação/informação aos cuidadores. As áreas de ensinos reúne aspectos como nomeadamente: conhecimento acerca da anatomia e fisiologia do processo de envelhecimento, cuidados de higiene e conforto, prevenção dos riscos de queda, cuidados à pessoa com Acidente Vascular Cerebral, cuidados à pessoa com Doença de Alzheimer, cuidados à pessoa com Prótese Total da Anca/ Prótese Total do Joelho, posicionamento e transferências, cuidados na alimentação, alimentação por Sonda Nasogástrica, avaliação de glicemia, administração de insulina, gestão da medicação, entre outros, que podem ser identificados pela família como áreas do saber nos quais sentem fortes dificuldades de conhecimento ou competência.

O procedimento de recolha de dados irá iniciar-se com a solicitação de autorização aos participantes do referido estudo, informando dos propósitos e âmbito do estudo, bem como do cariz de anonimato do mesmo.

Para a realização da investigação, dada a riqueza dos testemunhos dos familiares entrevistados ao nível das interações familiares, será tido em conta o direito à informação e à privacidade da vida de cada pessoa.

De igual forma, no que concerne às considerações éticas, os princípios apresentados, na teoria principalista (justiça, autonomia, beneficência e não maleficência) orientam a intervenção junto da pessoa e família.

O dever de sigilo impõem-se dada a natureza das informações recolhidas nas entrevistas e o dever enquanto Enfermeira e profissional. Torna-se inquestionável a necessidade do consentimento informado a preencher pelos participantes.

Para a realização do presente projeto exigiu-se ainda a realização de pedido de autorização à Comissão de Ética (ARS Centro), que foi aprovado.

### **3.7. Procedimentos de análise dos dados**

As informações colhidas nas entrevistas foram sujeitas a tratamento qualitativo através da análise de conteúdo. Para analisar e interpretar as informações, estas foram codificadas e agrupadas recorrendo à análise de conteúdo.

Este método pode definir-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que usa procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Segundo Bardin (1977), sugere a abordagem de análise de conteúdo que orienta a presente investigação, caracterizando-a em três fases: pré-análise (fase de organização do material a ser analisado tornando-o operacional, sistematizando as ideias iniciais); exploração do material (exploração do material e codificação, identificando análise de unidades de base e categorias que incluem estas unidades); tratamento dos resultados, inferência e interpretação (etapa destinada ao tratamento dos resultados) (Bardin, 1977).

A pré-análise consiste na fase de organização do material a ser analisado tornando-o operacional, sistematizando as ideias iniciais. Esta etapa é realizada recorrendo a quatro ações: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos de colheita, momento em que se começa a conhecer o texto – atividade que transpõe para a presente investigação remete para a leitura das entrevistas transcritas; demarcar o que será analisando, atividade para a qual existe um conjunto de regras formuladas pela autora (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 1977).

A exploração do material e codificação têm como objetivo a identificação de unidade base, e categorias que incluam estas unidades. Através do recorte, agregação e enumeração dos elementos, num processo de categorização, é possível atingir a representação do conteúdo do estudo, que facilita a etapa posterior (Bardin, 1977). Nesta fase, o texto das entrevistas colhidas é recortado em unidades de registo (parágrafos de cada entrevista, textos de documentos ou anotações de diários de campo). Desses parágrafos, as palavras-chave são identificadas; realiza-se o resumo de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização.

Estas primeiras categorias são agrupadas de acordo com temas relacionados e dão origem às categorias iniciais. As categorias iniciais são agrupadas de acordo com temas relacionados e dão origem às categorias intermediárias. Por sua vez, estas são aglutinadas em função das ocorrências dos temas e resultam em categorias finais. Desta forma, torna-se possível inferências (Fossá, 2003).

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação destina-se ao tratamento dos resultados onde ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e da crítica (Bardin, 1977). De acordo com o mesmo autor (Bardin, 1977), o rigor é de grande importância na análise de conteúdo, ultrapassando incertezas e descobrindo o que é questionado.

Desta forma, dividi os dados colhidos de acordo com as seguintes categorias e respectivas subcategorias de acordo com a área de importância em abordagem e consoante os relatos das entrevistas obtidos:

**- CATEGORIA: adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente:**

- Subcategoria: regulação emocional do cuidador informal:

*Unidades de significação*: medo, tristeza, incerteza no futuro, solidão;

- Subcategoria: interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente:

*Unidades de significação*: reciprocidade, entrega, comprometimento temporal;

- Subcategoria: conciliação de papéis:

*Unidades de significação*: adesão a novos papéis (cuidador), motivação da família para o “cuidar”, gestão das interações de outros sistemas familiares;

**- CATEGORIA: adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa:**

- Subcategoria: dinâmica familiar:

*Unidades de significação*: alteração de rituais sociais, reestruturação da vida diária familiar, necessidade de presença, adaptação à situação de dependência;

- Subcategoria: estratégias adotadas a nível individual e familiar:

*Unidades de significação*: aceitação e autocontrole, coping, parceria familiar;

- Subcategoria: redes de suporte disponíveis:

*Unidades de significação*: recurso à comunidade, recurso a instituições de Saúde;

- **CATEGORIA:** necessidades e dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente:

- *Subcategoria:* competências técnicas:

*Unidades de significação:* exigências associadas ao cuidado, busca de informação;

- *Subcategoria:* competências psicológicas:

*Unidades de significação:* sobrecarga do cuidador;

- **CATEGORIA:** contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente:

- *Subcategoria:* papel do Enfermeiro de Família na Saúde da Família:

*Unidades de significação:* contributo atual do Enfermeiro de Família na adaptação da família à situação de dependência, actuação do papel do Enfermeiro de Família na sobrecarga do cuidador informal, sugestões de propostas de optimização do papel do Enfermeiro de Família na transição familiar para o papel de cuidar da pessoa idosa dependente.

Através da análise de conteúdo às entrevistas realizadas, defini as categorias, subcategorias e unidades de significação acima apresentadas de forma a otimizar o tratamento de dados (ver Apêndice IV) para posterior discussão dos resultados obtidos.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta fase procede-se à apresentação dos resultados transmitidos no momento da entrevista semiestruturada com o objetivo de dar resposta às questões de investigação. A apresentação está organizada, obedecendo à seguinte estrutura de categorização: adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente; adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa; necessidades e dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente; contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

##### 4.1. Adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente

Categorias	Subcategorias
Adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente	Regulação emocional do cuidador informal
	Interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente
	Conciliação de papéis

**Tabela 1** - Categorização da temática de investigação: adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente

Na **adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente**, observam-se alterações nas subáreas de: 1) regulação emocional do familiar, 2) interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente e 3) conciliação de papéis.

Quanto à regulação emocional do familiar (1), constatam-se que os entrevistados reflectem sentimentos de medo face ao desafio de cuidar do seu ente querido de forma súbita e sem preparação prévia para esses cuidados, tristeza perante a situação de dependência, incerteza face ao futuro da pessoa idosa dependente e à preocupação de quem continuará a prestar os cuidados no caso de ausência do cuidador principal; e sentimentos de solidão no cuidar.

*“F: Fiquei com medo de estar sozinho, não dar conta do recado.*

*Tive medo, receio, insegurança de que não estivesse a fazer alguma coisa da melhor forma ou que não estivesse a cuidar dela como deveria...” (E4)*

*“F: Tive medo de ter de cuidar deles e de não saber fazer as coisas como devia ser.”*  
(E5)

*“F: O medo de não saber fazer... de não saber cuidar dela...”* (E8)

*“F: Medos? Tinha medo de fazer tudo e ainda tenho medo em algumas coisas.... Há muita coisa que não sei e o que faço não sei se estou a fazer tudo como deve ser feito... mas pronto foi como aprendi e tinha de me desenrascar de alguma forma...”* (E11)

*“F: Medos e dúvidas? Em tudo! Eu não sabia como se cuidava de uma pessoa acamada ... tudo me assustava!”* (E13)

Nestes excertos das entrevistas verifica-se a existência de sentimento de medo por parte do familiar que assume o papel de cuidar face aos desafios e exigências que acarreta essa transição de papéis no seio familiar. O surgimento de uma situação de dependência numa família é um acontecimento muitas vezes súbito e inesperado que não permite a disponibilização de tempo para preparação psicológica e de recursos. Desta forma, é a família que assume o papel de resolução do problema, desempenhando funções e competências para os quais, na maioria das situações não se encontra preparada. Desta situação, surge o medo como reflexo da insegurança e da não preparação para esta “batalha”.

*“F: Fico triste ... mas sei que tem o nosso amor. Custou-nos mais quando a minha irmã teve de ser operada a uma mama. Fui mais abaixo porque também fiquei preocupada com ela (choro). Ela não se queria tratar para poder cuidar da mãezinha, mas eu disse-lhe para ela se ir tratar que eu cuidava da nossa mãe. Graças a Deus correu tudo bem e estamos aqui as duas.”* (E10)

*“F: Hum... Fico triste que a minha mãe tenha ficado assim acamada e sem saber de nada... Já não fala, não come pela mão dela, não se mexe... Está ali.... “* (E11)

*“F: Sempre me dei bem com a minha mãe... Nunca tive problemas... Continuo a dar-me bem com ela, mas agora é diferente... ela não fala, nem se apercebe de nada do que se passa à volta dela... É muito triste.”* (E11)

*“F: Hum... Nessa altura fiquei triste e com pena dela estar a ficar mais doente e acamada. Mas não podia fazer mais do que aquilo que fiz. Mas claro que é muito difícil aceitar que a nossa mãe que era saudável, fica numa cama sem se mexer e a precisar de nós para tudo.”* (E13)

Nas citações acima apresentadas encontra-se plasmado o sentimento de tristeza nos familiares que assumem o papel de cuidar. De facto, constatei, ao longo da realização das



entrevistas, que na maioria, os entrevistados (familiares que cuidam) se apresentam com sentimentos de pena e de tristeza por não poderem fazer nada em relação à situação irreversível de dependência do seu ente querido.

Face a esta transição familiar com necessidade de conciliação de novos papéis, os familiares cuidadores referiram, em várias entrevistas o medo e a incerteza face ao futuro. Nas situações em que o cuidador é o marido/esposa, devido ao factor da idade, os mesmos referiram o medo e o receio de quem irá cuidar do seu conjugue dependente, no caso de não estarem presentes. Estes sentimentos verificam-se nas seguintes citações:

*“F: Eu começo a ficar velho também ... Depois precisamos os dois... Não sei. Não posso pensar nisso. Por enquanto tenho forças para a ajudar e para mim. Depois logo veremos...”* (E1)

*“F: É triste chegarmos ao fim da nossa vida assim. Já passámos tanto juntos e agora ela está cada vez a descair mais e a precisar de mim. Mas eu também estou a ir para velho...”* (E3)

Por fim, no âmbito da regulação emocional do familiar que cuida e vivencia a situação de dependência da pessoa idosa dependente, verificam-se sentimentos de solidão na prestação de cuidados. Em várias entrevistas, os cuidadores encontram-se sozinhos, sem recursos nem apoios familiares (filhos no estrangeiro, por exemplo; crises familiares), pelo que referem sempre o sentimento de solidão e desamparo. Apresento seguidamente algumas citações que reflectem este carácter emocional:

*“F: Somos só os dois, quase sempre. Ela fica no quarto e eu vou lá para fora cuidar do aido.”* (E1)

*“F: Hum... às vezes temos menos paciência ... Saímos menos de casa... Não temos a vida que tínhamos antigamente. Estamos mais parados e mais sozinhos.”* (E3)

*“F: Somos só os dois. O meu filho está no Canadá. A minha esposa foi operada à coluna há mais ou menos 10 anos e piorou. Mas somos só os dois...”* (E4)

Na interacção entre o cuidador e a pessoa idosa dependente (2), verificam-se que as emoções mais frequentes são a entrega para o cuidar, a reciprocidade entre a prestação de cuidados disponibilizada e o carinho recebido por parte de quem é cuidado; e o comprometimento temporal inerente ao familiar responsável pela prestação dos cuidados. De facto, a entrega no cuidar do seu familiar, a reciprocidade na interajuda entre quem cuida e quem recebe os cuidados e a disponibilidade do tempo para o cuidado estão patentes na maioria dos relatos de entrevista.

Na relação existente entre o familiar que cuida e a pessoa idosa dependente receptora dos cuidados, existem diversas regulações emocionais que gerem a unidade familiar em mudança. A reciprocidade revelou-se patente em algumas entrevistas, na medida em que se torna equiparado a coragem do familiar que cuida perante o agradecimento e ajuda da pessoa idosa dependente que necessita desses cuidados. Em várias situações relatadas nas entrevistas, a pessoa idosa dependente sente necessidade de ainda realizar algumas tarefas de que é capaz, apesar de as realizar com grandes dificuldades, para não sobrecarregar o familiar que lhe presta os restantes cuidados. Verifica-se portanto a reciprocidade, reconhecimento e agradecimento nesta díade de quem cuida/quem necessita dos cuidados. Tal aspecto encontra-se relatado nas seguintes citações:

*“F: Ah, agora tenho de a ajudar no banho... a ir à casa-de-banho até vai indo sozinha com as bengalas... Mas o resto tenho de ser eu. O mais difícil é ajudá-la a passar e a sair da cama... De manhã custa mais, ela não consegue ajudar-me... Mas faz sempre aquilo que pode para me ajudar.” (E1)*

*“F: Gosto muito dos meus pais e acho que eles continuam a gostar muito de mim.” (E5)*

*“F: Gosto muito da minha mãe... Criou os meus filhos... Eles adoram-na.” (E7)*

*“F: Enquanto eu puder a minha mãezinha não vai sair daqui de casa ... cuidamos dela com muito gosto. Foi sempre muito nossa amiga.” (E10)*

*“F: Temos de nos ajudar nas coisas e perceber que temos de cuidar dela porque ela também já cuidou de nós. Temos de ter paciência... e fazer as coisas o melhor que conseguimos...” (E11)*

A entrega por parte de quem cuida, sem necessidade de recompensa, foi outro aspecto que consegui recolher e aperceber-me na realização das entrevistas. O familiar que assume o papel de cuidar face à situação de dependência do seu ente querido, entrega-se na realização dos cuidados tentando alcançar níveis de qualidade e conforto, mesmo sem ter conhecimentos nem treinos para a realização dessas tarefas, como se pode verificar nos relatos seguidamente apresentados:

*“F: Às vezes não me conhece e fala cada vez menos.” (E2)*

*“F: É boa. Estou sempre a falar para ela. Faço tudo ao pé dela para ela não se sentir sozinha. Passo a ferro ao lado dela e vou falando, mesmo quando ela não fala...” (E2)*

*“F: Antigamente eramos os dois jovens. Agora estamos os dois velhos. É como se eu tivesse um bebé a precisar de mim. Tenho de ser eu a cuidar dela.” (E3)*

*“F: As coisas mudaram... mas é mesmo assim... É a idade... E quando um precisa, o outro tem de cuidar dele...” (E4)*

*“F: Sim. Eu e o meu filho cuidamos dos meus pais. Não posso sair muito. Estou sempre dependente do cuidar deles... Mas fico muito satisfeita por conseguir e ter forças para cuidar deles como eles merecem.” (E5)*

*“F: Noto-o mais triste, apagado, desanimado, ... não consegue fazer nada sozinho e está com noção de tudo. Sim; eu também fico em baixo. Tenho de fazer o meu melhor.” (E6)*  
*Pensei que estava a piorar e que ia precisar que cuidássemos dela... Fizemos tudo o que ela nos pediu e tudo o que podíamos fazer... Cuidamos dela muito bem e com muito carinho. Isso não lhe falta.” (E10)*

*“F: Boa... Gosto muito da minha mãezinha... Faço tudo por ela. Nós, fazemos tudo por ela. Tem tudo o que precisa. Nada lhe falta nada como podem ver.” (E10)*

*“F: Depois de tudo o que passámos, acho que quando somos mais novos, nós os filhos, nunca nos imaginamos no fim a estar a cuidar dos nossos pais velhinhos que estão deitados numa cama. Mas a vida é um ciclo... é assim e temos de aceitar e fazer o que conseguimos para os ajudar.” (E13)*

Nas situações de prestadores de cuidados informais, um dos aspectos que conduz à sobrecarga familiar é a entrega e o comprometimento temporal, ou seja, a necessidade contínua de presença para supervisão e cuidado ao seu ente querido, sem possibilidade de realização de outras tarefas e atividades pessoais igualmente importantes para o bem-estar físico e psíquico do cuidador. Nos relatos que seguidamente apresento, revela-se a necessidade de organização de horário e de presença contínua por parte do familiar que cuida da pessoa idosa dependente. A ausência de tempos livres e atividades lúdicas, sem comprometimento temporal, conduzem a situações de cansaço e sobrecarga.

*“F: Sim, estou aos horários dela! Para ela comer, tomar banho, ... A minha vida agora é para ela e para o que ela precisa. Não tenho mais a minha vida, nem a nossa vida porque a minha esposa está dependente.” (E9)*

*“F: A minha família funciona bem, tivemos foi de nos organizar para cuidar dela e fazer as coisas às horas que devia ser... Ficamos mais presos em casa, mas isso já sabíamos que ia ser assim... Houve uma altura que ainda estive para a colocar num lar, mas são tão caros e a reforma dela é tão pequena, não dá para nada...” (E11)*

*“F: Tivemos de nos organizar para conseguirmos dar resposta ao que eles precisavam de nós. A nível de horários, do que uns precisavam ou não...” (E12)*

*“F: Sim. Eu estou em casa. Sou doméstica e tenho disponibilidade para cuidar da minha mãe, contudo não posso sair à vontade e sem olhar para as horas. Não posso sair para fora, tenho de estar sempre por cá porque tenho a minha mãe. Tenho de lhe dar comida, mudar a fralda e ir mudando de posição.” (E13)*

Por fim, respeitante à conciliação de papéis (3), conclui-se que existem dificuldades e desafios emergentes associados à adesão ao papel de cuidar, com presença de motivação para ser o “cuidador” face à situação de dependência da pessoa idosa da sua família. Decorrente deste aspecto emerge a necessidade de gestão das interações de outros sistemas familiares, nomeadamente a atribuição de responsabilidades, a gestão de crises familiares e a sobrecarga de quem assume o papel de cuidador.

A adesão a novos papéis e a novidade que implica esta transição familiar revelou-se um factor de enorme importância no sucesso de todo o percurso restante de “cuidar”. Nas entrevistas realizadas a adesão ao papel de cuidador foi natural e facilmente assumida por parte de quem presta cuidados. Verifica-se que apesar da enorme responsabilidade e exigência associadas ao papel de cuidador, os familiares que assumiram esta função fizeram-no de forma pacífica e não contrariada. Os entrevistados nunca tinham prestado cuidados, pelo que inicialmente todas as tarefas realizadas basearam-se no instinto e no senso comum. Nas seguintes citações verificam-se a inexistência de preparação e de segurança para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, na fase de adesão ao papel de “cuidar”:

*“F: Nunca cuidei de ninguém na minha família e estava habituado a que a minha esposa fosse saudável. Quando ficou mais doente e tive de passar a tratar dela não sabia bem como fazer as coisas e estava sempre com muitas dúvidas....” (E4)*

*“F: Não sabia fazer quase nada! Para mim, lavar-lhes a cabeça na cama era um problema.” (E5)*

*“F: Eu cuido do meu pai desde que ele ficou mais dependente. A minha mãe também é viva, mas está muito esquecida.*

*Há cerca de 4 anos, o meu pai caiu, fez uma fratura do fémur e ficou acamado. Desde aí, o banho é na cama, tenho de lhe mudar a fralda.” (E6)*

*“F: Tive receio de não saber fazer as coisas... Mas consegui... A minha mãe cuidou dos dela e de outras pessoas e eu e os meus irmãos crescemos a ver... Fomos aprendendo.” (E8)*

*“F: Tudo foi novo! Fui aprendendo... passo a passo e secalhar não estou a fazer as coisas como deveria...” (E9)*

*“F: Na altura era tudo novo ... o banho era muito complicado e muito pesado. O meu marido trabalhava muito e não me conseguia ajudar. Agora é na cama e o meu marido já está em casa e ajuda-me em tudo.... Mas foi muito desgastante essa fase.” (E10)*

*“F: Nessa altura nem pensei... conforme foi sendo preciso eu fui fazendo as coisas à minha maneira, mas foi muito difícil.... Vivo em função dela e dos cuidados que tenho de ter com ela... Ela precisa de nós para tudo... Como vê, não é capaz de nada...” (E11)*

Importa também perceber qual a motivação para o “cuidar”, ou seja, o que levou os familiares a assumirem o papel de cuidadores da pessoa idosa dependente na sua família. Ao longo da realização das entrevistas, verificou-se que na maioria das situações relatadas ocorreu uma situação de saúde súbita e inesperada (por exemplo AVC, queda, ...) que conduziu directamente à dependência da pessoa idosa. Neste momento, e perante o inesperado e a surpresa, o familiar assumiu a necessidade de ser cuidador motivado pela incapacidade da pessoa idosa dependente em prestar autocuidados. Nas seguintes citações, verificam-se alguns exemplos desta motivação para cuidar:

*“F: Foi há uns anos, não sei precisar. Foi submetida a uma cirurgia cerebral e daí os médicos dizem que começou a demência. Muito confusa.” (E2)*

*“F: Ela ainda andava de bengala ou andarilho. Há uns meses é que ficou mais dependente ... e com as feridas ainda é pior ...  
Hum nessa altura pensei que estava a ficar velha (riso)... e que precisava de ajuda.” (E3)*

*“F: A minha esposa foi ficando mais dependente após a cirurgia à coluna há 10 anos. Passou a andar de andarilho, a precisar que lhe preparasse a comida, ajuda a ir ao banho e às vezes a tomar banho. De cabeça está muito boa ... Melhor que eu!”*

*“F: Mas não faz nada sem ajuda de alguém. Tenho de estar sempre a apoiá-la naquilo que ela precisa...” (E4)*

*“F: A minha mãe tem 91 anos. Há cerca de 3 anos começou com uns esquecimentos. Os médicos dizem que tem demência. Ia muitas vezes ao WC mas sem fazer nada; confundia-se; esquecia-se; ... Há 1 ano atrás ficou acamada. Comecei a ter de ser eu a cuidar dela ...” (E7)*

*“F: Pensei que estava a envelhecer... Já eram 81 anos... e que estava a precisar que cuidássemos dela...” (E8)*

*“F: Ela ficou acamada há alguns 10 anos atrás... Teve vários AVCs e por causa disso deixou de andar, de falar e de fazer as coisas dela.... Mas foi com o tempo que foi precisando mais de nós....” (E11)*

*“F: Eles foram tendo algumas situações de saúde, AVCs e assim... nem sei bem explicar... Foram ficando mais lentos e a depender mais de nós para fazerem as coisinhas deles. A minha mãe começou a cair algumas vezes. O meu pai começou a confundir tudo e a ficar mais “perro” das articulações...” (E12)*

*“F: Ah! Quando eles ficaram mais dependentes? Apercebi-me que a idade estava a pesar e avançar... E que iam precisar de nós... que precisávamos de estar mais presentes para aquilo que eles necessitassem de nós.” (E12)*

Numa família uma situação de dependência e a necessidade de alguém assumir o papel de cuidador é uma crise que conduz a várias divergências. Verificaram-se na maioria das entrevistas a existência de conflitos familiares, com afastamento e irresponsabilidade de alguns elementos perante o problema em causa, como se verifica nos seguintes excertos:

*“F: Às vezes tenho ajuda , mas ao fim do dia sou sempre eu a fazer as coisa sozinho.” (E6)*

*“F: Hum... Sou eu que faço tudo... A minha irmã faz pouco... Mas eu habituei-me e fico feliz por o conseguir ajudar quando ele precisou de mim... Ele não tem culpa de estar doente e dependente...” (E6)*

*“F: Não tenho uma relação boa com as minhas irmãs, mas cuido da minha mãe porque quero.” (E7)*

*“F: Uma das minhas irmãs não me fala. O resto, não querem saber de nada ...” (E7)*

*“F: Não... As minhas irmãs não ajudam em nada, só a querem pôr num lar.” (E7)*

*“F: A minha mãe sempre foi muito boa para nós... apesar de ter pouco...Entre os meus irmãos às vezes é mais complicado. Ela ficava um mês em casa de cada um... mas às vezes queriam trocar o mês e já havia confusão... Uma das minhas irmãs não quer que se fale alto para a minha mãe ... mas ela rasga as fraldas e grita e nós temos de a chamar á atenção... não sei se será da cabeça dela...” (E8)*

“F: *Sim, às vezes vai havendo discussões entre os irmãos...*” (E8)

#### 4.2. Adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa

Categorias	Subcategorias
Adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa	Dinâmica familiar
	Estratégias adoptadas a nível individual e familiar
	Redes de suporte disponíveis

**Tabela 2** - Categorização da temática de investigação: adaptação da família à realidade de dependência da pessoa idosa

Na **adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa**, observam-se as seguintes subáreas de interesse: 1) dinâmica familiar, 2) estratégias adoptadas a nível individual e familiar e 3) redes de suporte disponíveis.

Na dinâmica familiar (1) verifica-se a ocorrência de alterações nos rituais sociais, a reestruturação da vida diária familiar, a necessidade de presença contínua para o cuidar e a adaptação à situação de dependência do seu ente querido.

Com a realidade de dependência da pessoa idosa dependente surgem alterações a nível pessoal, familiar e social. A família que cuida da pessoa idosa dependente relata aspectos de restrição social, na medida em que a família fica mais em casa e com mais dificuldades de em participar em acontecimentos familiares e sociais como aniversários, festas de amigos, Natal, ... A pessoa idosa dependente tende em não participar em eventos sociais e familiares, ficando mais em casa e no seu quarto. São exemplo destes relatos os que seguidamente se seguem:

“F: *Hum... ela está mais parada e mais triste... Não é a mesma coisa, claro .... Não saímos nem passeamos como fazíamos antigamente. Tínhamos um comércio por isso não parávamos... Estamos sempre mais por casa.*” (E1)

“F: *Fica mais em casa. Se eu não a tirar da cama, ela não sai. Mas tento mantê-la com companhia. Ao fim-de-semana e quando há aniversários está sempre à mesa connosco... Faço o que posso. Coitadinha ... (chora)*” (E2)

*“F: Falamos menos, passeamos menos, mas somos amigos e percebemos o que precisamos nesta fase da nossa vida.” (E3)*

*“F: Antigamente dávamos uns passeios e íamos comprar as coisas que precisávamos cá para casa ... íamos sempre juntos... agora sou eu que faço tudo e ela fica triste de não me conseguir ajudar como fazia antes ...” (E4)*

*“F: Não socializam tanto como antigamente. Têm menos cuidados com eles próprios, andam mais triste e mais desanimados, mas eu acho que faz parte... com o avançar da idade.” (E12)*

De igual modo, a família que cuida da pessoa idosa que se encontram dependente, referiu a necessidade de ajuste e reorganização da estruturação familiar diária, nomeadamente os horários de acordo com as Necessidades Humanas Fundamentais da pessoa que se encontra dependente dos filhos/conjuge. A família funciona como um todo e a unicidade de cada um torna-se importante para que a gestão de tempo e de tarefas se verifique com sucesso e com qualidade para a pessoa idosa. De seguida, apresentou algumas citações que relatam a forma como a família se reorganizou perante a necessidade de cuidar da pessoa idosa que se encontra dependente:

*“F: Houve sim. De manhã saio às 9 horas e o meu marido às 10 horas. Venho a casa às 12 horas dar-lhe o almoço e quando chego à tarde a casa, cuido dela... mudo a fralda, dou-lhe o jantar, ..., mais tarde dou um iogurte e deito-a. Às 3 horas vou vigiar se está tudo bem ...” (E2)*

*“F: Fica mais tento sentada. Anda de cadeira-de-rodas, mas com ajuda. Para ir à casa-de-banho é com ajuda. O banho é com a minha filha, Ajuda-me a cozinhar... a descascar as batatas e assim...” (E3)*

*“F: Organizamo-nos ... O meu marido deixou de trabalhar para ajudar... Mas é muito complicado organizar esta vida familiar, ajustar os horários e o que cada um tem de fazer...” (E10)*

*“F: Sim, claro. A minha passou a ser em função dela. Os banhos, as fraldas, dar comida,..., tenho de fazer tudo. Tenho de lhe mudar a fralda e mudar de posição com a ajuda do meu filho ou do meu companheiro porque ela está muito rígida e é muito difícil. A comida tenho de lhe dar na boca com uma seringa.... O banho é tudo na cama... Não sai da cama. Agora anda com muita expetoração... tosse muito e fico muito aflita... nem sei bem o que fazer ...” (E11)*



*“F: Hum... a minha influenciou porque tive de vir viver para casa da minha mãe e gerir a minha vida em função dela e daquilo que ela vai precisando. Faço as minhas coisas sempre a correr e rápido porque tenho pouco tempo livre e não gosto de a deixar sozinha.” (E14)*

Outro aspecto de enorme importância na dinâmica familiar perante a dependência da pessoa idosa é a necessidade de presença. Efectivamente e inquestionavelmente, uma pessoa que necessita de cuidados por parte da sua família, exige a presença do seu familiar com consequente comprometimento de grande parte do seu tempo diário, designadamente para os cuidados de higiene, refeições, mudança de fralda ou uso do sanitário, atividades lúdicas, ... Tais aspectos encontram-se expostos nos seguintes excertos das entrevistas realizadas aos familiares cuidadores:

*“F: Sim. Tem de ser tudo em função deles. Dar banho aos dois, comida, trocar de fralda ...” (E5)*

*“F: Eu trabalhei muito no estrangeiro... E agora estou por cá. Eu, o meu marido e a minha irmã estamos aqui em casa para cuidar dela. Graças a Deus podemos. Vamos dividindo as tarefas. A dar a comida o meu marido quer ser ele... não sei porquê... mas a verdade é que para ele, ela abre melhor a boca para comer.” Nunca fica sozinha... Fica sempre alguém com ela e vamos dormindo com ela.” (E10)*

*“F: Eles estão mais “paraditos” e mais dependentes de nós... também mais confusos. Noto que olham para mim como se fosse “mãe” deles.” (E12)*

Por fim, na dinâmica familiar em situação de dependência de um elemento dessa família, surge pois um desafio à capacidade de adaptação a esta situação de dependência. O confronto com a perda de autonomia da pessoa idosa implica sentimentos de revolta e de injustiça por parte das suas famílias. Nas entrevistas realizadas verifiquei que apesar do sentimento de revolta (*“F: Estão mais parados ... falam pouco... Estão acamados.” (E5)*), a família foi capaz de adoptar estratégias para ultrapassar algumas das dificuldades surgidas (*“F: Usamos a cadeira-de-rodas... fiz umas rampas ... passámos para o piso de baixo o nosso quarto.” (E3)*), como se pode constatar nos relatos abaixo apresentados:

*“F: Está sempre na cama! Sempre que pode. E anda muito triste, sempre a pensar na situação dela. Cisma muito que está a ficar pior...” (E1)*

*“F: Eu agora cuido dela. Ela precisa que alguém cuide dela. Ela às vezes não se sente muito bem por precisar de mim... diz que é um “fardo” e que me está sempre a “sobrecarregar”... ” (E4)*

*“F: Não está presente na nossa vida familiar... A minha mãe não sai do quarto, da cama... não se consegue mexer. Apenar vamos lá mudá-la de posição, mudar a fralda e dar comida...” (E13)*

Como estratégias adoptadas pela família (2), enumeram-se como mais presentes: aceitação e autocontrolo, coping e existência de parceria familiar. De facto, inicialmente as famílias referiram encontrar-se revoltas e com negação para a realidade de dependência do seu familiar idoso. Contudo, no momento de realização das entrevistas, os familiares revelaram apresentar competências de aceitação e autocontrolo, mesmo com dúvidas, dificuldades e incertezas perante o papel de cuidar. São exemplos, os que apresento:

*“F: Temos de nos ajudar um ao outro... É para isso que estamos casados. O que precisar um, o outro ajuda naquilo que pode. Tenho medo é de ficarmos os dois dependentes de alguém... Mais isso se acontecer, logo se vê.”(E1)*

*“F: Fico triste e com penda dela. Merecia uma velhice melhor... Merecia não sofrer e estar bem, não precisar de ninguém para fazer as coisas. De certeza que ela era mais feliz e estava melhor, mas não pode ser... A vida é assim... Todos ficamos velhinhos e a precisar de ajuda de outras pessoas, principalmente da família.” (E2)*

*“F: Tive medo e coragem... Tinha de ser. É minha mãe.” (E7)*

*“F: Claro que temos pena que os nossos pais envelheçam e fiquem a precisar de outras pessoas para fazerem as coisinhas deles. Mas o que podemos fazer? Temos de aceitar e andar para a frente.” (E14)*

*“F: Acho que devemos estar disponíveis a ajudar e a aceitar a velhice conforme ela nos chega.” (E14)*

Ainda no âmbito das estratégias utilizadas a nível pessoal e familiar para encarar o desafio de dependência da pessoa idosa dependente da família, surgem estratégias de coping relatadas em várias entrevistas. Os familiares referem necessidade de pensamento positivo de desabado com outras pessoas, de força de vontade e capacidade de ultrapassar as dificuldades que surgem ao longo de todo o processo de adaptação a esta nova realidade familiar. Adiante apresento os resultados obtidos nas entrevistas no âmbito deste aspecto:

*“F: É preciso ter força de vontade e boa disposição!” (E3)*

*“F: Força... andar para a frente e pedir ajuda quando for preciso. Temos de ter paciência... Não podemos fazer mais nada...” (E4)*

*“F: União, força, saber fazer o que eles precisam, tempo...” (E5)*

*“F: Desabafo com o meu filho...” (E7)*

*“F: Ser positiva! Gosto muito deles e faço questão de ser eu a dar banho à minha mãe quando cá estou. O meu pai ainda não quer grande ajuda nas coisinhas dele.” (E12)*

Por fim, no âmbito da dinâmica familiar, apercebi-me ao longo da análise das entrevistas que um dos fatores mais importantes para o sucesso familiar da vivência do processo de dependência da pessoa idosa, é a existência de parceria e união entre os diversos elementos da família. Para a qualidade de vida de toda a família é necessária existência de interajuda, união e organização para que todos os participantes nos cuidados consigam realizar as tarefas com capacidade e sem esforço. A ajuda e a divisão de cuidados entre os diferentes elementos torna-se inquestionavelmente importante para a saúde de toda a família e para a prevenção de conflitos familiares. Em alguns dos relatos analisados nas entrevistas foi patente a existência de parceria familiar, como se pode observar:

*“F: O meu filho é a minha ajuda. Ele Bombeiro, percebe destas coisas. A minha família é boa. Cuido dos meus pais e tenho um filho que me ajuda muito.” (E5)*

*“F: Somos todos muito unidos. Tenho a minha irmã e o meu marido que me ajudam em tudo.” (E10)*

Em outros casos, verifica-se a inexistência de parceria com consequente sobrecarga para o familiar que cuida da pessoa idosa dependente, nomeadamente como se pode analisar nas seguintes citações de entrevistas realizadas:

*“F: Os meus irmãos não estão muito presentes a cuidar da minha mãe... Um deles vive na Venezuela e já não o vejo há muitos anos. O outro vive aqui perto, mas tem o trabalho dele e não é muito interessado em cuidar da nossa mãe. Vivo aqui com o meu filho e o meu companheiro que me vão ajudando conforme eu preciso...” (E11)*

*“F: Como já disse, o meu companheiro e o meu filho... e até a namorada dele, ajudam-me muito. Eu sozinha já não consigo dar-lhe banho e virá-la... mas de resto tenho ser eu a fazer tudo para não ter de chatear ninguém.” (E11)*

*“F: Organizamo-nos da melhor forma. Normalmente sou eu que faço sempre tudo, mas se tiver de lhes pedir ajuda, eles também me ajudam, por exemplo se tenho de ir às compras ou a uma consulta.” (E13)*

Como redes de suporte (3) accionadas pela família destacam-se o recurso à comunidade e o recurso a instituições de saúde. No que respeita à comunidade constata-se

que as famílias recorrem essencialmente a vizinhos, amigos ou outros conhecidos. O pedido de ajuda surge essencialmente quando têm compromissos importantes e ninguém que fique a cuidar e a supervisionar a pessoa idosa dependente.

*“F: Alguns vizinhos perguntam como está a minha esposa, mas mais que isso não. Nem eu quero mais pessoas cá em casa. Por enquanto consigo fazer o que é preciso, no nosso cantinho” (E1)*

*“F: Às vezes peço ajuda à minha vizinha para ficar um bocadinho com a minha mãe enquanto vou às compras ou tratar de alguma coisa que demore mais tempo, mas tenho sempre depois de retribuir...” (E2)*

*“F: Mais nada... que me lembre. Às vezes uns vizinhos também me ajudam a ir comprar alguma coisa ou a fazer-lhe um bocadinho de companhia... mas de resto mais nada... somos só os dois e pronto.” (E4)*

No que concerne ao recurso a Instituições de Saúde, verifica-se que essa ajuda é essencialmente de carácter técnico e relacionado com procedimentos da competência de Enfermagem (realização de pensos, troca de sondas vesicais e nasogástricas, ...). De facto o recurso à Equipa de Enfermagem é exclusivamente no que respeita a procedimentos técnicos e não para dúvidas ou dificuldades relacionadas com o “cuidar”.

*“F: Vem cá o Centro de Saúde fazer os pensos e tratar da algália.” (E5)*

*“F: contei com a ajuda do meu filho, a Santa Casa, o Centro de Saúde, ...” (E5)*

*“F: Hum.. a comida vir feita da Santa Casa é uma boa ajuda...” (E8)*

#### **4.3. Necessidades/Dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Necessidades e/ou dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente	Competências Técnicas
	Competências psicológicas

**Tabela 3** - Categorização da temática de investigação: necessidades/dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente

Ao nível das **necessidades/ dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente** subdividem-se em duas subáreas principais: ao nível das competências técnicas (1) e ao nível das competências psicológicas (2).

Nas competências técnicas (1) destacam-se nas entrevistas, as exigências associadas ao cuidado e a necessidade de busca de informação.

Quanto ao aspecto relacionado com as exigências associadas ao cuidados, as entrevistas reflectem que apesar de não possuíram competências e conhecimentos para o efeito, as famílias perante a necessidade realizam os procedimentos e os cuidados de acordo com o saber de senso comum que possuem. Neste âmbito, as dificuldades mais relatadas são: prevenção de engasgamento, prevenção de quedas, alimentação por Sonda Nasogástrica, cuidados à pessoa algaliada, gestão do regime terapêutico, posicionamentos, transferências, prestação de cuidados de higiene no leito, ..., como se verifica nas seguintes citações:

*“F: Neste momento tenho medo de lhe dar comida. Engasga-se muito! Na altura dar banho também era muito difícil.  
O banho é difícil... mas neste momento dar a comida é o que mais me assusta... com medo que se engasgue.” (E2)*

*“F: Eu safei-me! (riso) Passo-a da cadeira-de-rodas para a sanita ou sofá ou cama conforme sei ... Dar banho, nunca dei.” (E3)*

*“F: Cuidar de alguém não é fácil e logo eu que nunca tinha cuidado de ninguém. Agora já estou habituado. Demorei muito tempo a habituar-me... Custava-me levá-la ao banho e ajudá-la como se fosse um filho... ela nunca tinha precisado da minha ajuda por isso era estranho...” (E4)*

*“F: Ao início não sabia fazer nada... Depois fui aprendendo.” (E7)*

*“F: Fui fazendo conforma sabia, ... A dar banho na cama é o mais complicado.” (E7)*

*“F: Está acamada, não é? Fala connosco ainda e conhece-nos. Mas o banho é na cama, usa fralda, está algaliada, tem ferida no rabo e come aqui... Não sai daqui... Depende de nós para tudo... Vamos virando-a de um lado para o outro como nos ensinaram e de resto fazemos o que achamos que é melhor para ela estar bem.” (E10)*

*“F: Dificuldades? Tudo, acho eu. Mudar a fralda era novo para mim, mudá-la de posição, dar comida com uma seringa, dar o banho com ela na cama ...” (E11)*

*“F: Tive muitas dúvidas quando comecei a precisar deles. Mas o que podia fazer? Tinha de me orientar com os meus irmãos conforme consegui...” (E12)*

*“F: Dificuldades que tenha tido, secalhar mais nos posicionamentos e ao início quando tinha de levantar a minha mãe para o cadeirão ou para a cadeira-de-rodas. De resto... Ah! Costuma ter muita expectoração e eu não sei bem o que fazer para a ajudar, percebo pouco disto.” (E13)*

Os familiares entrevistados, face às dificuldades surgidas, referiram ainda a necessidade de busca de informação de forma informal, nomeadamente a amigos, internet, ..., sem confirmação da correção e da fidedignidade das mesmas. Abaixo apresento as citações que confirmam estes factos.

*“F: Pergunto a algumas colegas ou à família, quando não sei algumas coisas e estou com dúvidas de como fazer. Também costumo ir pesquisar. Vou-me safando conforme consigo... Eu e os meus irmãos vamo-nos organizando e vendo as melhores formas de fazermos as coisas.” (E12)*

*“F: Peço ajuda à minha família. Quando tenho dúvidas, vou perguntando a pessoas que conheço. Também chamo o médico do Centro de Saúde quando estou mais aflita.” (E13)*

*“F: Ao início procurei em aprender aquilo que não sabia e ia fazendo conforme eu achava que estava melhor. Temos de estar prontos para estes desafios quando eles nos chegam. Às vezes assusta e achamos que não somos capazes. Mas somos e temos de ir á procura de saber aquilo que ainda não sabemos.” (E14)*

Ao nível das competências psicológicas (2) verifica-se uma forte prevalência de sinais de sobrecarga do cuidador informal que apesar de não ser a temática dominante do presente estudo, torna-se uma problemática atual crescente com necessidade de implementação de medidas de direcionadas às necessidades dos cuidadores e à prevenção de burnout dos mesmos, como se encontra presente nos seguintes relatos:

*“F: Faço o que posso! Mal ou bem, não sei... Mas faço o melhor que consigo e ajudo-a naquilo que está ao meu alcance... Mais não consigo...” (E1)*

*“F: Penso que com a idade cada vez precisam de mais cuidados... Fica mais pesado.” (E5)*

*“F: A idade acarreta tudo... Estou também mais cansada... mas tem de ser...Precisava de uma tarde ou outra para descansar.” (E7)*

*“F: Os meus irmãos nada... não querem mesmo saber... Enfim... Mas cá em casa sim, todos me ajudam... vou pedindo conforme vou precisando... Eles têm mais força que eu e eu já tenho problemas de coluna juá é muito difícil fazer alguns esforços.” (E11)*

#### **4.4. Contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	Papel do Enfermeiro de Família na Saúde da Família

**Tabela 4** Categorização da temática de investigação: contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente

Neste âmbito foram abordados e analisados os seguintes pontos: contributo do Enfermeiro de Família na adaptação da família à situação de dependência e actuação do papel do Enfermeiro de Família na sobrecarga do cuidador informal. No que respeita ao contributo do Enfermeiro de Família na adaptação da família à situação de dependência, os relatos das entrevistas revelam-se que as famílias apenas fazem referência a cuidados técnicos exclusivamente do foro da Equipa de Enfermagem, designadamente a realização de tratamentos a feridas e úlceras de pressão, troca de sondas vesicais e sondas nasogástricas, entre outros. A ausência de relatos com referência a apoio na adaptação à prestação de cuidados é patente. Claramente existe uma lacuna no papel do Enfermeiro de família na capacitação da família ao papel de cuidar do seu ente querido. As famílias apenas se referem ao papel do Enfermeiro na realização das suas competências técnicas, como seguidamente se pode analisar:

*“F: Vêm cá fazer os tratamentos.” (E1)*

*“F: Hum... não pedi ajuda... Nem sei se existe algum tipo de apoio que dê para pedir... Não tenho muitos conhecimentos acerca dessas coisas...” (E2)*

*“F: Vêm cá fazer os pensos quando precisamos.” (E3)*

*“F: Ajudaram quando vim para virem cá dar as injeções.” (E4)*

*“F: Vêm fazer os pensos e ensinaram-me alguns cuidados. “ (E5)*

*“F: Ajudam na sonda, ..., o resto fui eu que fui pedindo ajuda e formação. “ (E6)*

*“F: Ajudam quando temos dúvidas... Quando surge algo como as feridas...” (E7)*

*“F: Têm ajudado, mais nas feridas, ...” (E8)*

*“F: Quando lá iam eu e a minha irmã fazemos algumas perguntas, mas a maior parte aprendemos sozinhos...” (E8)*

*“F: Vão lá fazer o penso e sempre é um bocadinho de companhia que vou tendo...” (E9)*

*“F: Sim... Às vezes faço algumas perguntas... quando tenho dúvidas, aconselham-me.” (E9)*

*“F: Nesta adaptação penso que ajudaram naquilo que era da área de Enfermeiro, que são os pensos. A minha mãe tem algumas feridas e as Enfermeiras vinham cá fazer os pensos... deram-me também algumas dicas nos posicionamentos e nas técnicas que posso usar por causa de ela libertar a expectoração.” (E13)*

Relativamente ao contributo do Enfermeiro de Família na sobrecarga do familiar cuidador da pessoa idosa dependente, as famílias referem a necessidade de apoio ou de alguém com quem conseguissem expor os seus receios, medos e frustrações, bem como retirar dúvidas e esclarecer dificuldades. Referem também necessidade de tempo para eles, como seguidamente se reflecte:

*“F: Precisava de alguém que cuidasse dela, mas não pode ser... Não sei o que podiam fazer mais por mim...” (E1)*

*“F: Sim... vêm cá fazer os tratamentos... Eu isso não consigo fazer. Tenho de fazer tudo o resto, mas nisso não me podem ajudar ...” (E3)*

*“F: Sim... Só naquela altura que acamou... preferia ter tido alguém que ficasse comigo e nos dissesse como fazer algumas coisas...” (E8)*

Por fim, das entrevistas foi ainda possível extrair informações e dados relativamente às possíveis sugestões dos familiares para optimização do papel do Enfermeiro de Família na vivência da família que cuida da pessoa idosa dependente. Os familiares referem a necessidade de formação e treino, preferencialmente em contexto de domicílio com os recursos que as famílias dispõem no seu dia-a-dia. Referem ainda que este apoio deveria acontecer no momento em que ocorre o confronto com a dependência da pessoa idosa dependente e com as consequentes exigências de cuidados. Podem analisar-se estes aspectos nas seguintes citações:



*"F: Hum... secalhar no início... nas coisas que não sabia fazer... Ai sim... E agora também, tenho dúvidas e surgem situações novas que não sei. Já sem falar de coisas que eu devo fazer a achar que estou a fazer bem, mas que se fazem de outra maneira."* (E2)

*"F: Hum... não sei... as formações que fiz sobre como cuidar dos meus pais, ajudaram muito."* (E5)

*"F: Não sabia onde ir nem quem procurar... devia existir mais ajuda porque nestas situações temos em "mãos" um familiar para cuidar e não sabemos o que fazer nem como fazer... Eu não sou da área da saúde por isso para mim foi tudo novo e assustador."* (E6)

*"F: Era importante existir formação sobre estes assuntos. Eu ver a fazer para fazer. Era muito importante... Nunca tinha visto uma sonda nem usado... Era tudo novo para mim... e para ele."* (E6)

*"F: Sim, às vezes precisava de ajuda para me ensinarem a fazer algumas coisas..."* (E8)

*"F: Ensinar a trocar de fralda, dar banho na cama, a virá-la na cama."* (E8)

*"F: Sim... Gostava que me tivessem explicado mais coisas. Tomava sempre atenção ao que me iam dizendo enquanto faziam os pensos. Mas gostava que me ajudassem mais quando surgiram estas dúvidas."* (E13)

*"F: Ensinar a fazer os posicionamentos, a levantar a minha mãe, a colocar as almofadas para evitar as feridas, a libertar a expectoração... enfim várias coisas..."* (E13)

*"F: Gostava de mais... que tivesse recebido mais informação."* (E13)

*"F: Acho que sim. Acho que às vezes deviam-nos explicar como acontecem estas doenças, que cuidados devemos ter e como devemos fazer as coisas... Mas não sei se existe alguma coisa nesse sentido."* (E14)

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados apresentados com recurso ao significado das narrativas, tendo em conta a categorização alcançada e os conceitos e temáticas que emergiram da revisão da literatura presente no enquadramento teórico do nosso estudo.

O presente estudo incorporado no estágio em Enfermagem de Saúde Familiar perspectivou compreender e analisar as vivências da família da pessoa idosa dependente, nomeadamente o contributo do Enfermeiro de Família neste processo, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Para o efeito foram realizadas entrevistas a familiares de pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário na sua maioria. Verificaram-se que relativamente ao contexto de realização do estudo, incidiu na sua maioria no domicílio (Machado, 2013; Andrade 2009). A realização da maioria das entrevistas em contexto domiciliário permitiu avaliar as condições de habitação e o potencial para instruir o familiar na prestação de cuidados, adaptando as estratégias à realidade. Permite ainda identificar e avaliar situações de risco, avaliando as necessidades e as possibilidades de suporte face ao grau de dependência da pessoa idosa dependente dessa família. Perante o exposto torna-se imperativo intervir junto das famílias de forma antecipada e eficiente de forma a promover o bem-estar do cuidador e da pessoa a carecer dos seus cuidados (Martins et al, 2003).

Ao longo da análise do conteúdo das entrevistas realizadas verificaram-se diversas áreas em foco e ao qual urge a necessidade de análise, designadamente: adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente; adaptação da família à realidade de dependência da pessoa idosa; necessidades e dificuldades do familiar cuidador da pessoa idosa dependente; e o contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente. A análise de conteúdo das entrevistas, categorização e análise permitiram dar resposta aos seguintes objetivos do Projeto: descrever e compreender as vivências da família da pessoa idosa dependente; e compreender qual o contributo do EF nas transições da dinâmica familiar vivenciadas pelas famílias.

No que consta à **adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente**, verificaram-se alterações e novos desafios nas áreas de: regulação emocional do familiar, interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente e conciliação de papéis.

Face ao objetivo do estudo: descrever sentimentos, inseguranças e medos resultantes destas transições familiares, na **regulação emocional do familiar** constatam-se que os familiares entrevistados apresentam sentimentos de medo face ao desafio de cuidar da pessoa idosa dependente sem preparação prévia para esse efeito; tristeza perante a situação de dependência; incerteza face ao futuro da pessoa idosa dependente e à preocupação de quem continuará a prestar os cuidados no caso de ausência do cuidador principal. Verificaram-se ainda sentimentos de solidão no desafio que é assumir o papel de cuidar.

Na **interacção entre o cuidador e a pessoa idosa dependente** verificam-se que os domínios de maior importância são: entrega para o cuidar, a reciprocidade entre a disponibilidade do familiar prestador de cuidados e a receptividade da pessoa idosa

dependente, o comprometimento temporal inerente ao papel de responsabilidade do familiar que cuida. Esta categoria resulta do objetivo específico delineado para este estudo: descrever as alterações na interação entre os diferentes membros da família.

Na **conciliação de papéis** ocorrida concluíram-se a existência de dificuldade ao nível da adesão e adaptação ao papel de cuidar, nomeadamente pela urgência de existência de motivação para o cuidar com disponibilidade de presença inata ao cuidador. Surgiram também, nos relatos das entrevistas, referências à dificuldade de gestão das interações familiares, nomeadamente pela atribuição de responsabilidades, a gestão de crises e conflitos familiares e a sobrecarga de quem assume o papel de cuidador. Como menciona Marques (2007), é na família que cada membro procura apoio necessário para superar os momentos de crise, originando, em determinadas alturas, a prestação de cuidados pela família. Também, de acordo com alguns estudos de vários autores, na adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente, verifica-se que a sede da decisão assenta na pessoa cuidada (quando aplicável) e na família. (Cattani & Girardon-Perlini, 2004; De la Rica & Hernando, 1994; Marques, 2007; Santos, 2005).

Relativamente **à adaptação da família à realidade de dependência da pessoa idosa** tornam-se aspectos de interesse a estudar: dinâmica familiar, estratégias adoptadas a nível individual e familiar e redes de suporte disponíveis.

Na **dinâmica familiar** verificou-se a existência de alteração dos rituais sociais devido à situação de dependência do idoso. A necessidade de reestruturação da vida diária familiar foi ainda um aspecto referido pelos familiares nas entrevistas. Surge ainda referência à necessidade de presença contínua para o cuidar e a adaptação clara à situação de dependência do seu ente querido.

Ao nível das **estratégias adoptadas a nível individual e familiar**, destacaram-se nos relatos das entrevistas: aceitação e autocontrolo, coping e existência de parceria familiar. De facto, com este estudo pretendia-se dar resposta ao objetivo: identificar as estratégias adoptadas pela família perante as dificuldades identificadas, sendo que as subcategorias acima seleccionadas foram as mais evidentes nas entrevistas aos familiares. Ruder (2008) refere que a família sempre foi reconhecida como um grupo de suporte aos mais vulneráveis e com o avançar do tempo, com agravamento das questões sociais, culturais, laborais, relacionais e económicas, verifica-se que obrigou ao aparecimento de novas concepções de família, com novas dinâmicas, valores, organizações e estratégias.

Outro dos objetivos delineados para este Projeto foi: indicar as redes de suporte accionadas pelos familiares da pessoa idosa dependente. Verificou-se que as **redes de suporte** disponíveis do conhecimento famílias são essencialmente os recursos à comunidade (amigos, vizinhos, ...). O recurso a instituições de saúde é praticamente ausente em situações de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

Face ao contexto em que emerge a necessidade da família assumir o papel de prestadora de cuidados à pessoa idosa em situação de dependência, existem múltiplos factores intervenientes, designadamente as pessoas envolvidas (familiar que cuida e a pessoa

receptora dos cuidados); singularidades inerentes às necessidades de cuidados, a composição e modelo de organização familiar e o contexto social e cultural. Tais aspectos estão também apresentados em vários estudos (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004; Jani-Le Bris, 1994; Martins, 2006; Petronilho, 2006; Sequeira, 2010).

Respeitante às **necessidades e dificuldades do familiar cuidador da pessoa idosa dependente**, verificaram-se como focos de interesse para análise e exploração, as seguintes temáticas: ao nível das competências técnicas ao nível das exigências associadas ao cuidado com necessidade de busca de informação; e ao nível das competências psicológicas verifica-se uma forte prevalência de sinais de sobrecarga do cuidador. Deste modo, tornou-se possível dar resposta a um dos objetivos específicos deste estudo: identificar as dificuldades e necessidades de suporte identificadas pelos familiares na decorrente da dependência da pessoa idosa.

Conforme alguns estudos afirmam, os cuidados prestados pelas famílias prendem-se com as atividades diárias, atividades instrumentais e os cuidados psicológicos e afetivos (Machado, 2013, Pereira 2008). As dificuldades, segundo alguns autores, prendem-se com: o tempo, a assunção do papel de prestador de cuidador, a alternância do cuidador, a dificuldade de perceber, os recursos financeiros e a sobrecarga. (Machado, 2013, Castro, 2008; Monteiro, 2010).

Por fim, de forma a dar resposta a dois dos objetivos específicos estipulados para este estudo (- descrever a percepção da família acerca da importância do contributo do EF nos cuidados de suporte aos familiares da pessoa idosa dependente; - identificar as sugestões de intervenções eficazes a adotar pelo EF perante as dificuldades sentidas pela família) foram construídas algumas questões nas entrevistas, direccionadas para esta temática. Verificou-se que, no que respeita ao **papel do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente**, foi essencial debruçar-me acerca das seguintes áreas de interesse para o efeito: contributo do Enfermeiro de Família na adaptação da família à situação de dependência e actuação do papel do Enfermeiro de Família na sobrecarga do cuidador informal. Posteriormente foram ainda recolhidas sugestões, junto dos entrevistados, com vista a otimizar as práticas de Enfermagem ao nível da Saúde Familiar. Efectivamente, no que consta ao papel do Enfermeiro neste processo familiar, assume o papel de clarificar os papéis e responsabilidades dos cuidadores familiares, ponderando correctamente as mudanças que vão ocorrer nas suas vidas diárias e horários (Machado, 2013, Monahan e outros 2010).

Ao nível do papel do Enfermeiro de Família na **sobrecarga do familiar** que assume o papel de cuidador, verifica-se que a maioria dos cuidadores, ao longo do tempo, mergulham numa progressiva solidão no processo de tomada de decisão, reflectindo-se, em várias vezes, na qualidade dos cuidados prestados, pelo que constitui um indicador de alerta para o Enfermeiro de Família. (Machado, 2013, Cerqueira, 2005; Sousa, 2006; Figueiredo, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Lage, 2005; Marques, 2007).

Em síntese, sobressai alguns aspectos que importa dar destaque. Face à adaptação da família ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente e à situação de dependência, verifica-se ser um desafio com fortes abalos na organização e dinâmica familiar, exigindo estruturação e horários, assunção do papel de cuidador por parte de um familiar sem capacidades e conhecimentos para o efeito; bem como a existência de regulações emocionais de difícil gestão, conduzindo a situações de medo, tristeza e desesperança. No que consta às necessidades sentidas pelos familiares no papel de prestadores de cuidados, verificam-se dois focos de domínio neste aspecto: conhecimentos e capacidades; capacidades psicológicas. As famílias demonstram fortes dificuldades ao nível do “saber saber” e do “saber fazer”, não dispondo de respostas para as suas necessidades em tempo útil face às suas emergências de cuidados. Por fim, e não menos importante, respeitante ao papel do Enfermeiro de Família na adaptação familiar ao papel de cuidar da pessoa idosa dependente e da sobrecarga do cuidador; verificaram-se escassas respostas em Saúde Familiar. As famílias não têm, actualmente, as respostas necessários pelo Enfermeiro de Família, quando se deparam com um familiar dependente a necessitar de cuidados. As famílias referem-se ao Enfermeiro de Família apenas no sentido de componentes e cuidados da área de Enfermagem (realização de pensos, trocas de sondas vesicais e nasogástricas, ...), não existindo nenhuma referência à realização de ensinamentos, instrução e treinos ao nível da prestação de cuidados de higiene, posicionamentos, transferências, alimentação por Sonda Nasogástricas, entre outros. Urge pois a necessidade de dar resposta no momento em que a família se depara com a situação de dependência após a alta hospitalar ou quando tem de ser a família a dar resposta a uma situação de dependência prolongada que agudizou. É preciso que uma situação deste contexto seja alertada pela família ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e que a Equipa de Saúde Familiar disponham de uma visita domiciliária no âmbito de “Capacitação da Família cuidadora”. Percebi a necessidade da existência desta resposta imediata perante identificação desta transição familiar, com necessidade posterior de orientação e monitorização destas famílias. Desta forma, pretendi dar resposta a um dos objetivos deste estudo: desenvolver uma proposta de melhoria com intervenções direccionadas às dificuldades identificadas pelos familiares (sendo objetivos específicos: - implementar um plano de ensinamentos (Educação para a Saúde) com vista a colmatar as dificuldades identificadas pelos familiares; - apresentar uma Proposta de melhoria à prática do Enfermeiro de Família na vivência do processo de transição de um familiar a cuidador). Efetivamente importa investir na criação de uma resposta imediata às necessidades das famílias na transição familiar para o papel de cuidador, de forma de possuíram conhecimentos e competências para o “cuidar”, evitando a realização e aprendizagem em solidão e com recurso ao erro e ao senso comum. A proposta passa pois pela criação de uma visita domiciliária à família que irá assumir o papel de cuidadora. Seria pretensão deste Projeto a efectivação desta visita domiciliária e respetiva avaliação do impacto verificado, contudo o mesmo não foi possível por comprometimento temporal e limitações ao estudo (disponibilidade dos familiares, período de estágio, ...). Deixo pois a

proposta para continuidade em futuros trabalhos e investigações com possibilidade de implementação deste desafio.

## 6. CONCLUSÃO

Seguidamente apresentam-se as conclusões resultantes do Projeto, as limitações que ocorreram ao longo do desenvolvimento do estudo e por fim as implicações para a prática profissional com apresentação de propostas de alterações das práticas profissionais com consequentes melhorias na prestação dos cuidados de Enfermagem à Família, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

### 6.1. Conclusões

No decorrer da concretização do Projeto *“Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto dos cuidados de saúde primários - Contributo do Enfermeiro de Família”*, tornou-se desafiante a recolha de dados junto das famílias que me permitiram alcançar objetivos de estudo, bem alcançar achados conclusivos acerca desta temática, no sentido de otimizar as práticas atualmente desenvolvidas ao nível da Enfermagem de Saúde Familiar em prol da qualidade de vida das famílias.

O envelhecimento demográfico, característicos das sociedades modernas teve o seu forte início na segunda metade do século XX e traduziu-se num aumento significativo de pessoas idosas. Consequentemente os progressos económicos, sociais e médicos permitiram um aumento na longevidade humana (Sousa, 2011, Beringuilho, 2013 ). Envelhecer deixou de ser uma proeza reservada a uma pequena parcela da população. Estas alterações demográficas, principalmente devido à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida, traduziram-se numa crescente exigência associada a uma população gradualmente mais idosa, com acréscimo de doenças crónicas e de situações de dependência nas Actividades de Vida Diária (Cruz, Loureiro & Fernandes, 2010, Beringuilho, 2013 ).

O envelhecimento e a problemática dos cuidados às pessoas idosas dependentes constitui um foco de elevada centralidade e preocupação na atualidade. O estudo da figura de cuidar no meio familiar ganha extrema importância face ao aumento da população idosa e da consequente necessidade de cuidados paralelamente ao grau de dependência existente. Urge a necessidade de estudar quais as vivências das famílias que cuidam de pessoas idosas dependentes do seu seio familiar, nomeadamente as suas emoções, medos, dificuldades, necessidade de conciliação de papéis e de reorganização da estrutura familiar, alterações nas interações nas unidades familiares, comprometimento temporal e estratégias desenvolvidas para colmatar esses obstáculos. Refletindo também a importância do papel de Enfermeiro de Família, torna-se prioritário desvendar quando o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar neste problemática, quais as práticas atuais e seus resultados, bem como as estratégias a adoptar como proposta da melhoria dos cuidados existentes.

Com o decorrer do Projeto apresentado tornou-se gratificante analisar as vivências das famílias que se deparam com este desafio e chegar a algumas conclusões. Inicialmente foi necessário debruçar-me nos relatos das famílias, organizar e categorizar as informações colhidas por forma a conseguir obter resultados para discussão. A colheita de informação foi categorizada nas seguintes unidades: adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da

pessoa idosa dependente, adaptação da família à realidade de dependência da pessoa idosa, necessidades/dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente e contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

Relativamente ao primeiro objetivo do estudo de “descrever e compreender as vivências da família da pessoa idosa dependente” constatou-se que era fundamental abordar as seguintes áreas de estudo: a) adaptação do familiar ao papel de cuidador da pessoa idosa dependente, b) adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa e c) necessidades/ dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente.

Com base nos relatos dos entrevistados verificou-se que as famílias na adaptação ao papel de cuidar de um ente querido idoso e dependente, vivenciam sentimentos de medo face a esse desafio, com incerteza para o futuro, tristeza devido à situação de dependência, bem como se sentem sozinhos nesse papel. De facto, “cuidar” é um enorme desafio que acarreta francas barreiras quando surge no seio de uma família que não se encontra preparada tecnicamente e psicologicamente para esses cuidados. A tristeza associada à dependência e envelhecimento do seu familiar, juntamente com as dificuldades surgidas no âmbito do papel de cuidador, desenvolvem situações de forte ansiedade, insegurança e desespero. Constatam-se, no entanto, na interação entre o familiar cuidador e a pessoa idosa dependente a existência de sentimentos de entrega, de reciprocidade associado ao comprometimento temporal exigido pela parte de quem cuida. Respeitante à conciliação de papéis, conclui-se que existem dificuldades e desafios emergentes associados à adesão ao papel de cuidar, com presença de motivação para ser o “cuidador” face à situação de dependência da pessoa idosa da sua família. Decorrente deste aspecto emerge a necessidade de gestão das interações de outros sistemas familiares, nomeadamente a atribuição de responsabilidades, a gestão de crises familiares e a sobrecarga de quem assume o papel de cuidador.

A adaptação da família à situação de dependência revelou-se uma etapa muito complicada, relatada pelos entrevistados. Aceitar a dependência do seu familiar (pai/mãe, conjugue, ...) é um confronto duro com a realidade do envelhecimento. Muitos filhos, maridos/esposas, não se encontravam preparados para depararem-se com a situação de dependência do seu familiar. Consequentemente, surgem dificuldades na dinâmica familiar com necessidade de alteração dos rituais sociais e reestruturação da vida diária familiar devido à necessidade contínua de presença face à situação de dependência. A família adota estratégias a nível individual e familiar, sendo as mais patentes no relato das entrevistas a aceitação e autocontrole, coping, a existência de parceria familiar, bem como o recurso a redes de suporte disponíveis, designadamente na comunidade e nas instituições de saúde. Verificou-se que as famílias recorrem mais frequentemente a ajudas da comunidade, principalmente vizinhos ou pessoas da sua confiança para prestarem apoio no papel de cuidar, do que a instituições de saúde. Frequentemente desconhecem as ajudas existentes.

No âmbito das questões relacionadas com as necessidades e/ou dificuldades sentidas pelos familiares que cuidam da pessoa idosa dependente, constatei que se dividem em dois



principais subtipos: dificuldades na área das competências técnicas e necessidades na área das competências psicológicas. Nas competências técnicas destacam-se nas entrevistas, as exigências associadas ao cuidado e a necessidade de busca de informação. Os entrevistados sentem dificuldades nos procedimentos técnicos nomeadamente, administração de alimentação por Sonda Nasogástrica, posicionamentos, transferências, ... Ao nível das competências psicológicas verifica-se uma forte prevalência de sinais de sobrecarga do cuidador informal que apesar de não ser a temática dominante do presente estudo, torna-se uma problemática atual crescente com necessidade de implementação de medidas de direccionadas às necessidades dos cuidadores e à prevenção de burnout dos mesmos.

Quanto ao segundo objectivo de “compreender qual o contributo do EF nas transições da dinâmica familiar vivenciadas pela família” tornou-se fundamental a abordagem da seguinte área de estudo: contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente. As entrevistas reflectem claramente a inexistência de respostas face às dificuldades sentidas pelas famílias nesta transição familiar (cuidar da pessoa idosa dependente). De facto, as famílias não recorrem aos cuidados de Saúde Primários para obterem apoios e informação ao nível das dificuldades sentidas na fase complicada com que se deparam. Quando questionadas acerca do apoio prestado pelas Equipas de Enfermagem, as respostas centram-se nos cuidados técnicos prestados (realização de pensos, mudança de sondas, ...), mantendo-se sem retaguarda para as dificuldades sentidas no âmbito do cuidado. Mesmo quando encaminhadas para outras respostas (Rede Nacional de Cuidados Continuados, ...) pela Equipa de Saúde Familiar, o intervalo até esse encaminhamento ser efectivado revela-se o período onde surgem as maiores dificuldades e lacunas de conhecimentos e competências. Torna-se, portanto, imperativo actuar neste vale sem respostas.

As famílias quando questionadas acerca de sugestões para melhoria das práticas associadas à problemática em estudo, referem essencialmente a necessidade de alguém que ensine a “saber fazer” os cuidados que o seu ente querido exige perante o processo de dependência.

Por fim no que respeita ao terceiro objetivo de “desenvolver uma proposta de melhoria com intervenções direccionadas às dificuldades identificadas pelos familiares” foram reunidas as sugestões de propostas de otimização do papel do Enfermeiro de Família na transição familiar para o papel de cuidar da pessoa idosa dependente.

As transições familiares (desenvolvimentais ou saúde/doença) essencialmente associadas a mudança e desenvolvimento constituem um enorme desafio no seio de uma família. A família que se torna repentinamente cuidadora trata-se de uma situação de eminente mudança com exigências superiores às capacidades existentes. Efetivamente, a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra, refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. A transição pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação (Chick& Meleis, 1986).

Refletindo acerca desta temática e das conclusões retiradas das entrevistas verifica-se a ausência clara de resposta para esta fase de transição de papéis destas famílias.

Debruçando-nos sobre esta temática verifica-se que já existem respostas para diversas transições familiares, nomeadamente para o nascimento e puerpério, no âmbito das aulas de preparação para o parto e para os cuidados ao recém-nascido com visita domiciliária à mãe e ao recém-nascido, como não existe uma resposta para esta transição familiar?

É imperativo e urgente a criação de uma resolução desta problemática, pelo que a criação de uma visita domiciliária ao familiar cuidador da pessoa idosa dependente seria uma proposta a considerar. No âmbito da dependência da pessoa idosa, a família sinalizava a sua situação, solicitando à Equipa de Enfermagem de Família a realização de uma visita domiciliária que permitisse realizar ensinamentos, instrução e treinos até o mesmo se encontrar apto e mais seguro a prestar os cuidados. As mesmas situações poderiam ser sinalizadas no âmbito das consultas de vigilância, quando surgissem casos de transição de famílias para o processo de cuidar de um ente querido idoso dependente, com carência de competências e conhecimentos para esse efeito.

Considero ter alcançado os objetivos propostos para este estágio e Projeto. Contudo não conclui todo o cronograma de atividades como pretendia, devido às limitações do estudo que seguidamente apresento.

## **6.2. Limitações do estudo**

No decorrer da concretização do Projeto de Intervenção foi necessário realizar alguns ajustes de forma a possibilitar a viabilidade do estudo em questão.

Inicialmente optou-se por maior especificação da área em estudo, optando-se por referir familiar de pessoa idosa dependente ao invés de pessoa em fase de envelhecimento.

Aquando da realização das entrevistas, verifiquei que, na sua maioria, teriam de ser realizadas em contexto de domicílio dado os cuidadores não disporem de tempo ou de alguém que as substituísse para estes se deslocarem à Unidade de Saúde Familiar da sua área de residência.

No estudo dos casos existentes na USF, verifiquei que os cuidadores não se centrariam apenas em filhos que cuidam dos pais, mas também no marido/esposa que cuida do seu conjugue; pelo que senti necessidade de atualizar os critérios de inclusão e de exclusão definidos inicialmente.

Posteriormente, na realização dos ensinamentos, foi novamente necessário transpor a sua concretização para a dimensão domiciliária, dada a disponibilidade e os constrangimentos demonstrados pelos cuidadores. Dada a duração do estágio não foi possível a realização de ensinamentos a todas as famílias. Seria oportuno, numa investigação posterior, a realização do Plano de Educação para a Saúde aplicado às famílias e posteriormente aplicar um questionário/entrevista que permitisse avaliar os resultados obtidos. Sugiro igualmente a

realização de um Manual de Apoio aos Cuidadores de Pessoas Idosas Dependentes como forma de apoio e consulta aos cuidadores.

### **6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais**

Ao realizar-se uma análise da realidade dos Cuidados de Saúde Primário, verifica-se não existir nenhuma consulta/intervenção direcionada especificamente para os cuidadores informais e suas necessidades e/ou dificuldades. Verificamos a existência da Consulta para vigilância da Diabetes, a Consulta para vigilância da Hipertensão, a consulta de Saúde Materna, a consulta de Planeamento Familiar, a visita domiciliária à Puérpera, a consulta de Saúde Infantil, ..., e o cuidador informal? Onde se insere? Esta nova realidade estará a ter a reposta necessária por parte da Equipa de Saúde Familiar? Que respostas existem para famílias que cuidam de pessoas idosas dependentes sem qualquer formação ou preparação para este desafio? Foi neste contexto que surgiu a problemática em estudo e se obtiverem resultados positivos ao nível de ganhos em saúde e de promoção da qualidade de vida das famílias. Neste sentido, surge a sugestão de realização da “*Visita domiciliária ao cuidador informal*” como a minha Proposta de melhoria de cuidados dirigida à Equipa da USF Leme. Pretende-se, pois, que, verificando a existência de uma situação nova de novos papéis familiares de cuidadores ou existindo solicitação direta por parte dos utentes, seja agendada e realizada uma ou mais visitas domiciliárias que dêem resposta a este desafio de cuidar.

Com a realização do presente estudo e através do levantamento de incertezas e dificuldades por parte de familiares que se tornaram cuidadores de pessoas idosas dependentes pertencentes à sua família, constatei que não existem respostas suficientes e eficazes para apoiar estas transições familiares e conciliação de papéis. De facto, as famílias adaptam a estas situações gradualmente e optam por realizar os cuidados com base nos conhecimentos vagos e têm e no sentido da tentativa/erro. As visitas domiciliárias no sentido de promover ensinamentos e treinos que consegui realizar ao longo deste estágio (apesar de não ter consigo concretizá-la em todas as pessoas entrevistadas por carência de tempo de estágio) verifiquei que reduziu fortemente os níveis de ansiedade, permitiu preencher lacunas de saberes e igualmente treinar procedimentos nos quais tinham inseguranças e dúvidas.

Neste sentido pretendo deixar a proposta de realização da Visita domiciliária ao cuidador, sempre que se detectar situações de familiares cuidadores ou sempre que o cuidador solicite esse apoio. O Enfermeiro de Família, atuando ao nível das vivências familiares detém a responsabilidade de avaliar as transições familiares ocorridas ao longo do ciclo de vida e delinear intervenções que dêem resposta às necessidades de cada sistema familiar. Com esta visita permite-se que as famílias se encontrem mais capazes de prestar cuidados aos seus familiares dependentes, face a uma realidade de crescente envelhecimento populacional e quando as respostas para estas situações se encontra na família e não na institucionalização. Sabemos que existem hoje em dia outras respostas, nomeadamente a UCC da USF ou o encaminhamento para a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

Contudo, até o encaminhamento ser efectivado, as famílias passam por períodos penosos de intensas dificuldades na adaptação ao papel de cuidadores e de todas as competências técnicas e psicológicas que estão implícitas.

Os conteúdos das visitas domiciliárias aos cuidadores informais englobam, a título de exemplo, ensinamentos acerca de transferências, posicionamentos, cuidados de higiene no leito, administração de insulina, alimentação por Sonda Nasogástrica, cuidados à colostomia, cuidados à traqueostomia, prevenção de quedas, ..., entre outros.

## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar do Leme representou um passo preponderante, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que permitiu alcançar níveis superiores de aquisição de conhecimentos, atualização de saberes e desenvolvimentos de novas competências numa dimensão pessoal, profissional e enquanto elemento de uma Equipa de Saúde.

Percecionar a família enquanto unidade de cuidados da minha prática profissional de Enfermagem representou uma mais-valia, especificando e pormenorizando as minhas intervenções no sentido de promover a qualidade de vida da família enquanto um todo e de todos os seus elementos individualmente.

Com o acompanhamento das consultas de vigilância, consultas de agudos, visitas domiciliárias, entre outras programações, tive conhecimento da abrangência dos Cuidados de Saúde Primários e da importância do Enfermeiro de Família (em parceria com o médico de Família) na manutenção e otimização da saúde dos seus utentes e do seu núcleo familiar.

No que respeita à concretização do meu Projeto, consegui alcançar os objetivos propostos inicialmente e desenvolver as competências a que me propus neste caminho de constante aprendizagem. Por escassez de tempo de estágio não consegui concretizar o plano na sua plenitude (realização de visitas domiciliárias ao cuidador com ensinamentos e treinos, a todos os entrevistados e posteriormente a possibilidade de realização de uma nova entrevista ou aplicação de questionário para avaliar os ganhos em saúde para as famílias).

De facto, a realidade demográfica e social atual conduz a um crescente envelhecimento da população, que consequentemente se tornam mais dependentes e com maior probabilidade de existência de patologias crónicas. Para tal, surge a necessidade de um cuidador informal da família (na maioria das situações) que, na maioria das situações não possuem conhecimentos nem competências cognitivas ou instrumentais para prestar essas coisas. Paralelamente surge a tristeza, a incerteza, o receio, as dúvidas, os anseios, ..., um turbilhão de emoções e sentimentos que carecem de gestão e coping. Foi desta problemática que surge a oportunidade de estudar a problemática "*Vivências da família da pessoa idosa dependente*" no sentido, não só, de verificar quais as maiores necessidades destes cuidados, bem como quais as intervenções para solucionar ou minimizar tais necessidades. Com a implementação de sessões de Educação para a Saúde adaptadas às condições e disponibilidade dos cuidadores (sessões individuais e em contexto domiciliário ou na USF), torna-se possível avaliar quais os efeitos das mesmas, seus benefícios e aspetos a otimizar futuramente.

O presente relatório reúne as conclusões e material obtido em cada um dos momentos deste Projeto de Investigação, englobado no Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Inclui a contextualização do estágio, a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competência, o estudo empírico e resultados obtidos.

No fim da concretização deste caminho pessoal e profissional, incorporo em mim os saberes adquiridos e as competências que desenvolvi, ciente da importância inquestionável da Saúde Familiar e da diversidade de intervenções e ações ao nosso dispor, em prol do bem-estar das famílias às quais prestamos cuidados. Consciente também da importância de atuar ao nível das necessidades que a sociedade apresente, que neste caso, se centrou nas pessoas idosas que se tornam gradualmente mais dependentes e dos seus familiares, que, inesperadamente, passam a ser cuidadores informais, sem formação e/ou informação para esse efeito. Surge assim, o Enfermeiro de Família que fornece conhecimentos e ferramentas que possibilitem acabar com estas dificuldades e manter o equilíbrio homeostático de cada família.

Deixo neste sentido, deixo a sugestão, da criação da “Visita domiciliária ao cuidador” no sentido de facilitar a adaptação do cuidador ao seu novo papel. Para tal seriam prestados ensinamentos e realizados treinos, face às necessidades demonstradas pela família.

Finalizando, considero ter alcançado os objetivos definidos para o Projeto de Intervenção e para o estágio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora – Coleção Cidine.
- Almeida, T.L. (2005). *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família*( Dissertação de Mestrado em Saúde na Comunidade). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga : Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.
- Ângelo, M. (2000). *O contexto familiar. In Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Athneu, Ed.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Bardin, L. (1977). *L'Analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bonfim, C., Teles, M., Saraiva, M., Cadete, M., Quaresma, M. & Veiga, S. (1996). *População Idosa, Análise e Perspectivas – A problemática dos cuidados intrafamiliares*, Direcção-Geral da Acção Social, Lisboa, URL: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao\\_idosa\\_analise\\_perspectivas](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao_idosa_analise_perspectivas) [29-10-2012]
- Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, L. (2002) - *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Campos, M., Maia, A., Roncha, C. & Gouveia, H. (2009). O membro da família prestador de cuidados e a transição para o seu novo papel: uma revisão de literatura. *Servir*, (1), 37-45.
- Canaval, G., et al. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el parto. *Revista Aquichan*. 8-24.

Carneiro, M. M. F. P. (2012). *Gerontologia e Qualidade de Vida: Reforço dos Laços Familiares dos Idosos Institucionalizados*. Porto: Universidade Portucalense.

Castro, L. C., ,Takahashi, R. T. (2008) Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42 (2).

Cattani, R. B., Girardon-Perlini, N. Ma. O. (2004) Cuidar do Idoso Doente no Domicílio na voz dos Cuidadores Familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2).

Celma, V. M. (2003). Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. *Rev Rol Enferm*, 24(7-8), 503-511.

Cerqueira, M. M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra : Formasau.

Chick, N., & Meleis A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. University of Pennsylvania: Penn Libraries.

Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J. R. C., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação E Cultura*, 13(2), 355-379.

Cruz, D. C. M., , Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem de Referência*, 3 (2),127-136.

Cuesta, C. B. D. L. (2004). *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería.

De la Rica, M., & Hernando, I. (1994). Cuidadores del anciano demente. *Revista Rol de Enfermería*, 187, 35-40.

Duarte, Y. A. de O., & Diogo, M. J. D. E. (2000). *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*.

Félix, L. M. M. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Figueiredo,M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Figueiredo, M. H. (2011). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma*



*Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª Edição). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009b). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fossá, M. I. T. (2003). *Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Freitas, E. V. de, Cansado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara KOOgan.

Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gratão, A. C. M. (2006). *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado*. São Paulo : Universidade de São Paulo, 2006

Gonçalves, L. H. T. et al. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC . *Texto & contexto - Enfermagem*, Florianópolis, 15 (4).

Gratão, A. C. M. (2006). *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado* (Dissertação Mestrado em Enfermagem Fundamental). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade de vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. de J. (2004). *Apoio à família. In Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Guedes, S. I. C. M. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Hanson, S. M. H., Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., & Coelho, D. P. (2010). *Family health care nursing* (4th ed.). Family Health (p. 593).: Joanne Patzek DaCunha, RN, MSN.

Hanson, S. M. H. (2004). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2ª Edição)*. Loures: Lusociência.

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação (2ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa. Edição INE.

Janis-Le Bris, Hannelore. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Lisboa : Conselho Económico e Social.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3), 861-866.

Kuyper, M. B., & Wester, F. (1998). In the shadow: the impact of chronic illness on the patient's partner. Qualitative. *Health Research*, 8(2), 237–253.

Whall, A. & Fawcett, J. (1991). *Family theory development in nursing: state of the science and art*. F.A. Philadelphia: Davis Company.

World Health Organization. (2013). *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2000/the-family-health-nurse-context,-conceptual-framework-and-curriculum>.

Laham, C.F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar* (Dissertação de Mestrado em Fisiopatologia Experimental). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos. Envelhecer em Portugal*. Lisboa : Climepsi Editores.

Lemos, J. .(2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais dependentes*. (Dissertação de Mestrado). Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança.

Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde pública*. 25 (1), 28-34.

Luís, V. C. A. (2012). *De Enfermeira a Enfermeira de Família: Abordagem dinâmica de famílias com idoso dependente*.Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.

Machado, P. A. P. (2013). *Papel do Prestador Cuidados – Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado*.

Magalhães, R. (2012). *Velhice Institucionalizada: Vivência plena do ser idoso nas sociedades contemporâneas* . Beira Interior: Universidade da Beira Interior.

Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra : Formasau.

Martins, T. (2006). *AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e Bem estar dos doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006.

Martins, T., Ribeiro J.& Garret, C. (2003) – Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 4 (1),131-148.

Meleis, A., et al (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*. 2000, 23(3), 12-28.

Meleis, A. e Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 255-259.

Melo, G. (2005). *Apoio ao doente no domicílio*. In *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Mendes, M. M. M. L. (2005). *Cuidar do cuidador*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Miranda, L. S. C. (2013). *Os cuidadores Informais na prestação de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência – Um estudo do concelho de Montijo*. Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Monahan, F. D., [et al.]. (2010). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica : perspectivas de saúde e doença*. Loures : Lusodidacta.

Monteiro, M. C. D.. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - O Início da Dependência*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Morgan, D. L., & Zhao, P. Z. (1993). *The doctor-caregiver relationship: managing the care of family members with Alzheimer's disease*. Qualitative Health Research.

Oliveira, P. M. D. de. (2013) *Os cuidadores informais e suas dificuldades ao cuidar no domicílio a pessoa em situação de dependência no autocuidado – Intervenção de Enfermagem Comunitária*.Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2000). *A cada família o seu enfermeiro*.

Ordem dos Enfermeiros (2001), Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Retrived from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição*. Retrived from [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>.

Papastavrou, E. et al. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, 58 (5), 446-457.

Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano. Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I. & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, Maria J. de S. B.; Filgueiras, M. S. T. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev. APS*, 12(1), 72-82.

Petronilho, F. A. S. (2006). *Preparação do Regresso a Casa*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Editora Quarteto.

Pires, A. C. (2012). *Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.

Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica* (3ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em cuidados Sociais no Domicílio*. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social.

Rodrigues, S. L. A. et al. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, 40 (4), 493-500.

Ruder, S. (2008). The Challenges of Family Member Caregiving: How the Home Health and Hospice Clinician Can Help at the End of Life. *Home Healthcare Nurse*, nº6 (2).

Sá – Chaves, I., (2009). *Portfolios Reflexivos: Estratégia de Formação e de Supervisão*. Formação de Professores – Cadernos Didáticos – Série Supervisão Nº1. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes Psico-Sociais da Depressão no Idoso. *Nursing*, 222, 7-11.

Santos, P. A. (2005). *O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Santos, E. C. B. dos, [et al.] (2005). O Cuidado sob a ótica do Paciente Diabético e de seu Principal Cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3).

Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio (Mecanismos de Adaptação)*. Coimbra: Formasau.

Schlossberg, N. K., Watters, E. B. & Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition*. New York:Springer.

Schulz, R. (2000). *Handbook on dementia caregiving: evidence-based interventions for family caregivers*. New York: Springer Publishing Company.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas.

Sequeira, C. A. da C.. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2 (12).

Silva, M. A. N. C. G. M. M. da, Costa, M. A. da S. M. da, & Silva, M. M. F. P. da. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários : caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 19–28.

Silva, M. do C. C. P. de A. M. da .(2011)., *Da prática colaborativa e reflexiva ao desenvolvimento profissional do Educador de Infância*. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.

Simões, M. (1994). O médico e o familiar ou cuidador do paciente psicogeriátrico. *Psiquiatria Na Prática Médica*, 7(5), 9–14.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar Ed.

Sousa, P. A. F. de. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde*. Coimbra : Formasau.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Princípia.

Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, 57(3), 332–335.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Zimerman, G. I. (2005). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. São Paulo: Artmed.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Consentimento Informado**



## Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Autora: Ana Patrícia Ramos Alves

Grau: Licenciada em Enfermagem

A presente investigação intitulada: *“Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto de cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família”* insere-se no estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e tem como principal objectivo as vivências da família da pessoa idosa dependente em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, possibilitando a posterior reflexão acerca do contributo da intervenção do Enfermeiro de Família.

Pretendo contribuir para um melhor conhecimento da problemática, necessitando, para tal, incluir neste estudo a participação de um familiar da pessoa idosa dependente. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

Os resultados da investigação, orientada por: \_\_\_\_\_, serão apresentados na Universidade \_\_\_\_\_ na data: \_\_\_\_\_. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco.

As informações recolhidas serão efectuadas através de uma entrevista que deve ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos fatos.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada, mantendo no decorrer do processo o anonimato dos dados.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE II – Pedido de Autorização (Comissão de Ética)**



## **Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar**

Autora: Ana Patrícia Ramos Alves

Grau: Licenciada em Enfermagem

A presente investigação intitulada: “Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto de cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família” insere-se no estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e tem como principal objectivo as vivências da família da pessoa idosa dependente em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, possibilitando a posterior reflexão acerca do contributo da intervenção do Enfermeiro de Família.

Pretendo contribuir para um melhor conhecimento da problemática, necessitando, para tal, incluir neste estudo a participação de um familiar da pessoa idosa dependente. Para tal gostaria que fosse concedida a autorização para a colheita dos dados para o efeito (realização de entrevistas aos participantes na USF Leme).

Os resultados da investigação, orientada por: \_\_\_\_\_, serão apresentados na Universidade \_\_\_\_\_ na data: \_\_\_\_\_. Este estudo não trará nenhuma despesa ou risco para a instituição, familiares e utentes.

As informações recolhidas serão efectuadas através de uma entrevista que deve ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos factos.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada, mantendo no decorrer do processo o anonimato dos dados.

Venho portanto por este meio solicitar a autorização à Comissão de Ética.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### **APÊNDICE III – Guião da Entrevista**



## Guião Orientador da Entrevista

A presente investigação: “*Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto de cuidados de saúde primários – Contributo do Enfermeiro de Família*”, insere-se no estudo que decorre do âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como objetivo descrever e compreender as vivências dos familiares perante o desafio de prestar cuidados à pessoa idosa dependente.

Idade: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Parentesco à pessoa idosa: \_\_\_\_\_

Área de residência: \_\_\_\_\_

Objetivos específicos	Aspetos a Abordar
<p style="text-align: center;"><b><u>A</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compreender as dificuldades e necessidades identificadas pela família perante o processo de dependência de um membro;</li> <li>Identificar os sentimentos, crenças e decorrentes da vivência do cuidar do seu familiar idoso dependente;</li> <li>Perceber as alterações na interação entre os restantes membros familiares perante esta vivência significativa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b><u>A1:</u></b> Como descreve a sua família?</li> <li><b><u>A2:</u></b> Desde quando se apercebeu das alterações psíquicas e físicas decorrentes do envelhecimento/dependência do seu familiar?</li> <li><b><u>A3:</u></b> Nessa altura, quais foram os seus pensamentos que surgiram?</li> <li><b><u>A4:</u></b> E os seus sentimentos?</li> <li><b><u>A5:</u></b> Que medos? Que dúvidas? Que inseguranças?</li> <li><b><u>A6:</u></b> E a relação que tem com o seu familiar? Como a descreveria?</li> <li><b><u>A7:</u></b> Que mudanças identifica que ocorreram na vossa relação?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A8:</b> Que diferenças de comportamento, físico, emocional e social identifica no seu familiar desde que se apercebeu deste processo de envelhecimento e dependência? E isso afeta-o de alguma forma? Como?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber se o sistema familiar é funcional perante a necessidade de adesão de cada membro familiar a novos papéis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>B9:</b> Houve alterações nas rotinas da família? Que cuidados teve de passar a prestar? Tinha esses conhecimentos?</li> <li>• <b>B10:</b> Quais as dificuldades sentidas? Em que áreas?</li> <li>• <b>B11:</b> E entre vocês enquanto família? Houve alguma alteração nas relações? Se sim, de que forma?</li> <li>• <b>B12:</b> Acham que esta situação influenciou a funcionalidade da família? De que forma?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>C</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as estratégias utilizadas pela família para ultrapassar as dificuldades proporcionadas pela situação;</li> <li>• Identificar redes de suporte formais e informais na transição da família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>C13:</b> O que conclui de toda esta experiência desde que o seu familiar ficou mais dependente?</li> <li>• <b>C14:</b> O que acha fundamental para a família lidar com a situação?</li> <li>• <b>C15:</b> O que tem feito para se ajustar a esta situação?</li> <li>• <b>C16:</b> O resto da família apoia?</li> <li>• <b>C17:</b> Que outras estratégias / recursos usaram? Resultaram?</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>D</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a noção da família sobre a o contributo do Enfermeiro de Família numa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>D18:</b> Que apoios tem tido neste processo?</li> <li>• <b>D19:</b> Como descreve o papel dos enfermeiros nesta adaptação a esta nova realidade?</li> </ul>

<p>adequada adaptação a esta vivência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a percepção da família sobre a importância da Enfermagem Familiar como suporte nas transições familiares vivenciadas;</li> <li>• Identificar sugestão quanto à abordagem do Enfermeiro de Família nestas situações vivenciadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>D20:</u></b> E perante todas as alterações que designou no que respeita á sua família, também acha que os enfermeiros têm algum papel?</li> <li>• <b><u>D21:</u></b> Como acha seria possível ajudar mais?</li> <li>• <b><u>D22:</u></b> Que importância considera que tenha tido o Enfermeiro de Família neste processo de readaptação dos papéis e dinâmicas familiares?</li> <li>• <b><u>D23:</u></b> A ajuda foi suficiente? O que falhou?</li> </ul>
--	--



#### **APÊNDICE IV – Quadros de Análise das Entrevistas**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente	Regulação emocional do cuidador informal
	Interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente
	Conciliação de papéis
Adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa	Dinâmica familiar
	Estratégias adotadas a nível individual e familiar
	Redes de suporte disponíveis
Necessidades e/ou dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente	Competências Técnicas
	Competências psicológicas
Contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	Papel do Enfermeiro de Família na Saúde da Família

Adaptação do familiar ao papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente	
Subcategorias	Unidades de significação
Regulação emocional do familiar	<u>Medo</u>
	<i>"F: Sou eu e a minha esposa. A minha filha não pode ajudar muito ...vive em Salgueiro. Ela até já disse que se eu morro não sabe como é que vai ser com a mãe."</i> (E1)
	<i>"F: Tenho medo que piore... Tenho medo que precise ainda mais de mim..."</i> (E1)
	<i>"Tive medo que ficasse pior."</i> (E3)
	<i>"Fiquei com medo de estar sozinho, não dar conta do recado. Tive medo, receio, insegurança de que não estivesse a fazer alguma coisa da melhor forma ou que não estivesse a cuidar dela como deveria..."</i> (E4)
	<i>"Tive medo de ter de cuidar deles e de não saber fazer as coisas como devia ser."</i> (E5)
	<i>"O medo de não saber fazer... de não saber cuidar dela..."</i> (E8)
	<i>"Medos? Tinha medo de fazer tudo e ainda tenho medo em algumas coisas.... Há muita coisa que não sei e o que faço não sei se estou a fazer tudo como deve ser feito... mas pronto foi como aprendi e tinha de me desenrascar de alguma forma..."</i> (E11)
	<i>"Medos e dúvidas? Em tudo! Eu não sabia como se cuidava de uma pessoa acamada ... tudo me assustava!"</i> (E13)
	<u>Tristeza</u>
	<i>"F: Ah... tenho pena, pois! Fiquei com muita pena de a ver cada vez mais fraca e a precisar da minha ajuda para quase tudo..."</i> (E1)
	<i>"Quando ela começou a piorar fiquei muito em baixo. A minha mãe foi muito boa para nós e não merecia isto de maneira nenhuma."</i> (E2)
	<i>"Fiquei triste por os meus pais ficarem acamados ..."</i> (E5)

"Fiquei triste, por ele... ainda está consciente e orientado...tinha noção de tudo. Depois teve também de ter sonda para comer sem se engasgar e teve de ficar amarrado." (E6)

"Medo e fiquei triste por ela." (E9)

"Sim... não falamos como falávamos... Não somos como éramos antigamente.. Parece que perdi a minha esposa e tenho agora aquela criança para cuidar e que depende de mim para tudo." (E9)

"Fico triste ... mas sei que tem o nosso amor. Custou-nos mais quando a minha irmã teve de ser operada a uma mama. Fui mais abaixo porque também fiquei preocupada com ela (choro). Ela não se queria tratar para poder cuidar da mãezinha, mas eu disse-lhe para ela se ir tratar que eu cuidava da nossa mãe. Graças a Deus correu tudo bem e estamos aqui as duas." (E10)

"Hum... Fico triste que a minha mãe tenha ficado assim acamada e sem saber de nada... Já não fala, não come pela mão dela, não se mexe... Está ali.... " (E11)

"Sempre me dei bem com a minha mãe... Nunca tive problemas... Continuo a dar-me bem com ela, mas agora é diferente... ela não fala, nem se apercebe de nada do que se passa à volta dela... É muito triste." (E11)

"Hum... Nessa altura fiquei triste e com pena dela estar a ficar mais doente e acamada. Mas não podia fazer mais do que aquilo que fiz. Mas claro que é muito difícil aceitar que a nossa mãe que era saudável, fica numa cama sem se mexer e a precisar de nós para tudo." (E13)

#### Incerteza no futuro

"Eu começo a ficar velho também ... Depois precisamos os dois... Não sei. Não posso pensar nisso. Por enquanto tenho forças para a ajudar e para mim. Depois logo veremos..." (E1)

"É triste chegarmos ao fim da nossa vida assim. Já passámos tanto juntos e agora ela está cada vez a descair mais e a precisar de mim. Mas eu também estou a ir para velho..." (E3)

"Sim... Como ela passa muito tempo no quarto e na cama, eu estou mais tempo sozinho. Saio às vezes para ir ao café e para comprar umas coisas cá para casa..."

	<p>mas fico triste de sairmos muito pouco os dois juntos..." (E4)</p> <p>"A velhice é tramada! Chega a todos! Não desejo isto a ninguém... Gostava de ter aproveitado mais quando era mais novo e estávamos os dois bem ... Agora é tarde ... tenho uma esposa que precisa de mim neste momento e eu tenho de estar aqui para fazer o melhor por ela, sem desistir e sem me deixar ir abaixo." (E9)</p> <p><u>Solidão</u></p> <p>"F: <i>Somos só os dois, quase sempre. Ela fica no quarto e eu vou lá para fora cuidar do aido.</i>" (E1)</p> <p>"Hum... às vezes temos menos paciência ... Saímos menos de casa... Não temos a vida que tínhamos antigamente. Estamos mais parados e mais sozinhos." (E3)</p> <p>"Somos só os dois. O meu filho está no Canadá. A minha esposa foi operada à coluna há mais ou menos 10 anos e piorou. Mas somos só os dois..." (E4)</p>
<p><b>Interação entre o cuidador e a pessoa idosa dependente</b></p>	<p><u>Reciprocidade</u></p> <p>"Ah, agora tenho de a ajudar no banho... a ir à casa-de-banho até vai indo sozinha com as bengalas... Mas o resto tenho de ser eu. O mais difícil é ajudá-la a passar e a sair da cama... De manhã custa mais, ela não consegue ajudar-me... Mas faz sempre aquilo que pode para me ajudar." (E1)</p> <p>" Gosto muito dos meus pais e acho que eles continuam a gostar muito de mim." (E5)</p> <p>"Gosto muito da minha mãe... Criou os meus filhos... Eles adoram-na." (E7)</p> <p>" Enquanto eu puder a minha mãezinha não vai sair daqui de casa ... cuidamos dela com muito gosto. Foi sempre muito nossa amiga." (E10)</p> <p>"Temos de nos ajudar nas coisas e perceber que temos de cuidar dela porque ela também já cuidou de nós. Temos de ter paciência... e fazer as coisas o melhor que conseguimos..." (E11)</p> <p>" Muito carinho! Damo-nos muito bem. Eles confiam e mim e em nós..." (E12)</p> <p>"Hum... Acho que a minha mãe ficou a perceber que precisava que eu cuidasse dela..."</p>

e ela dá muito valor a esse esforço.” (E14)

### Entrega

“F: *Quando ela ficou mais dependente, pensei logo que tinha de cuidar dela. Ela já trabalhou muito! Merece carinho e que alguém se preocupe com ela...*”(E1)

“Às vezes não me conhece e fala cada vez menos.” (E2)

“É boa. Estou sempre a falar para ela. Faço tudo ao pé dela para ela não se sentir sozinha. Passo a ferro ao lado dela e vou falando, mesmo quando ela não fala...” (E2)

“Antigamente eramos os dois jovens. Agora estamos os dois velhos. É como se eu tivesse um bebé a precisar de mim. Tenho de ser eu a cuidar dela.” (E3)

“As coisas mudaram... mas é mesmo assim... É a idade... E quando um precisa, o outro tem de cuidar dele...” (E4)

“Sim. Eu e o meu filho cuidamos dos meus pais. Não posso sair muito. Estou sempre dependente do cuidar deles... Mas fico muito satisfeita por conseguir e ter forças para cuidar deles como eles merecem.” (E5)

“Noto-o mais triste, apagado, desanimado, ... não consegue fazer nada sozinho e está com noção de tudo. Sim; eu também fico em baixo. Tenho de fazer o meu melhor.” (E6)

“Andamos sempre atarefados, com menos paciência, mas ele merece tudo ...” (E6)

“Estamos unidos quase sempre, para bem da minha mãe...” (E8)

“Faço o que consigo... Da melhor maneira que consigo e que sei... mais nada. Espero estar a fazer bem.” (E9)

“Pensei que estava a piorar e que ia precisar que cuidássemos dela... Fizemos tudo o que ela nos pediu e tudo o que podíamos fazer... Cuidamos dela muito bem e com muito carinho. Isso não lhe falta.” (E10)

“Boa... Gosto muito da minha mãezinha... Faço tudo por ela. Nós, fazemos tudo por ela. Tem tudo o que precisa. Nada lhe falta nada como podem ver.” (E10)

“Sim... a minha irmã e o meu marido... Temos todos de ajudar naquilo que

	<p>conseguimos e ir fazendo o melhor que sabemos para o bem dela. Ela merece chegar a esta fase e ser bem cuidada e com muito carinho.” (E10)</p> <p>“ Depois de tudo o que passámos, acho que quando somos mais novos, nós os filhos, nunca nos imaginamos no fim a estar a cuidar dos nossos pais velhinhos que estão deitados numa cama. Mas a vida é um ciclo... é assim e temos de aceitar e fazer o que conseguimos para os ajudar.” (E13)</p> <p>“Boa. Gosto muito da minha mãe e ela gosta muito de mim porque sou a maior companhia dela e que faz tudo por ela.” (E14)</p> <p><u>Comprometimento temporal</u></p> <p>“Tento dar-lhe tudo o que merece, mas o meu tempo também é pouco. Estou sempre a correr. Não tenho tempo para nada. E nem sempre lhe dou a atenção que gostava.” (E2)</p> <p>“Tenho facilidade de horário... mas tenho de organizar bem o meu tempo. Não posso passar férias, não posso estar fora de casa durante muito tempo. “ (E2)</p> <p>“Eu vou à diálise... mas tenho de deixar a comida e ir à casa-de-banho com ela quando precisa.” (E3)</p> <p>“Sim, estou aos horários dela! Para ela comer, tomar banho, ... A minha vida agora é para ela e para o que ela precisa. Não tenho mais a minha vida, nem a nossa vida porque a minha esposa está dependente.” (E9)</p> <p>“A minha família funciona bem, tivemos foi de nos organizar para cuidar dela e fazer as coisas às horas que devia ser... Ficamos mais presos em casa, mas isso já sabíamos que ia ser assim... Houve uma altura que ainda estive para a colocar num lar, mas são tão caros e a reforma dela é tão pequena, não dá para nada...” (E11)</p> <p>“Tivemos de nos organizar para conseguirmos dar resposta ao que eles precisavam de nós. A nível de horários, do que uns precisavam ou não...” (E12)</p> <p>“Sim. Eu estou em casa. Sou doméstica e tenho disponibilidade para cuidar da minha mãe, contudo não posso sair à vontade e sem olhar para as horas. Não posso sair para fora, tenho de estar sempre por cá porque tenho a minha mãe. Tenho de lhe dar comida, mudar a fralda e ir mudando de posição.” (E13)</p>
--	---

<p><b>Conciliação de papéis</b></p>	<p><u>Adesão a novos papéis (cuidador)</u></p> <p><i>"F: Ah, agora tenho de a ajudar no banho... a ir à casa-de-banho até vai indo sozinha com as bengalas..." (E1)</i></p> <p><i>"Dúvidas... não sei... fui fazendo as coisas conforma sabia... Bem ou mal? Não sei mesmo... Fui-me desenrascando, não tinha outra forma de o fazer" (E3)</i></p> <p><i>"Nunca cuidei de ninguém na minha família e estava habituado a que a minha esposa fosse saudável. Quando ficou mais doente e tive de passar a tratar dela não sabia bem como fazer as coisas e estava sempre com muitas dúvidas...." (E4)</i></p> <p><i>"Não sabia fazer quase nada! Para mim, lavar-lhes a cabeça na cama era um problema." (E5)</i></p> <p><i>"Eu cuido do meu pai desde que ele ficou mais dependente. A minha mãe também é viva, mas está muito esquecida.</i>  <i>Há cerca de 4 anos, o meu pai caiu, fez uma fratura do fémur e ficou acamado. Desde aí, o banho é na cama, tenho de lhe mudar a fralda." (E6)</i></p> <p><i>"Pensei que tinha de cuidar dela. Era a idade..." (E7)</i></p> <p><i>"Tive receio de não saber fazer as coisas... Mas consegui... A minha mãe cuidou dos dela e de outras pessoas e eu e os meus irmãos crescemos a ver... Fomos aprendendo." (E8)</i></p> <p><i>"Tudo foi novo! Fui aprendendo... passo a passo e secalhar não estou a fazer as coisas como deveria..." (E9)</i></p> <p><i>"Na altura era tudo novo ... o banho era muito complicado e muito pesado. O meu marido trabalhava muito e não me conseguia ajudar. Agora é na cama e o meu marido já está em casa e ajuda-me em tudo.... Mas foi muito desgastante essa fase. " (E10)</i></p> <p><i>"Nessa altura nem pensei... conforme foi sendo preciso eu fui fazendo as coisas à minha maneira, mas foi muito difícil.... Vivo em função dela e dos cuidados que tenho de ter com ela... Ela precisa de nós para tudo... Como vê, não é capaz de nada..." (E11)</i></p> <p><i>"Peço ajuda... tento aprender o que posso conforme sei... Quando não sei pergunto e se não consigo fazer sozinha tenho de pedir ajuda a alguém... Neste caso das</i></p>
-------------------------------------	---



secreções, para mim é mais complicado... não percebo nada nem sei o que fazer..." (E11)

Motivação da família para o "cuidar"

"F: Há 10 anos começou a fazer operações às ancas e joelhos. Já fez 4. Numa delas acho que lhe afetou um nervo... não sei... não percebo nada disso e ela deixou de andar bem. Agora é só com ajuda." (E1)

"Foi há uns anos, não sei precisar. Foi submetida a uma cirurgia cerebral e daí os médicos dizem que começou a demência. Muito confusa." (E2)

"Ela ainda andava de bengala ou andador. Há uns meses é que ficou mais dependente ... e com as feridas ainda é pior ...  
Hum nessa altura pensei que estava a ficar velha (riso)... e que precisava de ajuda." (E3)

"A minha esposa foi ficando mais dependente após a cirurgia à coluna há 10 anos. Passou a andar de andador, a precisar que lhe preparasse a comida, ajuda a ir ao banho e às vezes a tomar banho. De cabeça está muito boa ... Melhor que eu!  
Mas não faz nada sem ajuda de alguém. Tenho de estar sempre a apoiá-la naquilo que ela precisa..." (E4)

"Peço ajuda ao meu filho. Tento aprender o que não sei fazer." (E5)

"A minha mãe tem 91 anos. Há cerca de 3 anos começou com uns esquecimentos. Os médicos dizem que tem demência. Ia muitas vezes ao WC mas sem fazer nada; confundia-se; esquecia-se; ... Há 1 ano atrás ficou acamada. Comecei a ter de ser eu a cuidar dela ..." (E7)

"Pensei que estava a envelhecer... Já eram 81 anos... e que estava a precisar que cuidássemos dela..." (E8)

"A minha mulher há 18 anos (tinha 61 anos) teve um AVC e ficou a precisar que lhe fizesse tudo. Ela não queria nenhuma pessoa estranha a cuidar dela, por isso acabei por ter de deixar de trabalhar para cuidar dela. O meu filho ajuda-me." (E9)

"Hum... há uns 10 anos secalhar ... nem sei bem... não aconteceu nada de repente, foi com os anos a passar.... Foi a velhice que a pôs assim. Antigamente ela ainda levantada e ajudava. Com a nossa ajuda ia à casa-de-banho e assim.... Agora está

acamada e algaliada. Fazemos tudo na caminha. Está de fralda. Mas ainda come bem pela boca dela. Gosta muito quando é o meu marido a dar-lhe a comida. Abre melhor a boca (riso).” (E10)

“Ela ficou acamada há alguns 10 anos atrás... Teve vários AVCs e por causa disso deixou de andar, de falar e de fazer as coisas dela.... Mas foi com o tempo que foi precisando mais de nós....” (E11)

“Eles foram tendo algumas situações de saúde, AVCs e assim... nem sei bem explicar... Foram ficando mais lentos e a depender mais de nós para fazerem as coisinhas deles. A minha mãe começou a cair algumas vezes. O meu pai começou a confundir tudo e a ficar mais “perro” das articulações...” (E12)

“Ah! Quando eles ficaram mais dependentes? Apercebi-me que a idade estava a pesar e avançar... E que iam precisar de nós... que precisávamos de estar mais presentes para aquilo que eles necessitassem de nós.” (E12)

“A minha mãe está acamada há cerca de 10 anos por causa de AVCs que a tornaram mais dependente, até ter ficado como está agora, totalmente dependente de mim.” (E13)

Sou eu que cuido da minha mãe porque os meus irmãos não têm tanta disponibilidade. Eu estou por casa e assim vou cuidando dela. “ (E14)

“Pensei que estava a chegar a altura de cuidar da minha mãe, porque ela já não era capaz de ficar sozinha.” (E14)

#### Gestão das interações de outros sistemas familiares

“Mas os cuidados calham todos em mim.” (E2)

“A minha filha está na adolescência, não liga à avó...eu bem peço, mas ela não está para aí... O meu marido ajuda-me a deitá-la e às vezes fala com ela...mas não é filho... não é a mesma coisa. “ (E2)

“Foi o que disse... Os meus irmãos nada. O marido pouco... naquilo que pode, mas não é mãe dele....É assim.” (E2)

“Sim... o meu filho está no Canadá ... não pode ajudar muito ... mas tem de ser. É a vida dele. Ele não pode deixar a vida dele para nos ajudar...” (E4)

	<p>“ Às vezes tenho ajuda , mas ao fim do dia sou sempre eu a fazer as coisa sozinho.” (E6)</p> <p>“Hum... Sou eu que faço tudo... A minha irmã faz pouco... Mas eu habituei-me e fico feliz por o conseguir ajudar quando ele precisou de mim... Ele não tem culpa de estar doente e dependente...” (E6)</p> <p>“Não tenho uma relação boa com as minhas irmãs, mas cuido da minha mãe porque quero.” (E7)</p> <p>“Uma das minhas irmãs não me fala. O resto, não querem saber de nada ...” (E7)</p> <p>“Não... As minhas irmãs não ajudam em nada, só a querem pôr num lar.” (E7)</p> <p>“A minha mãe sempre foi muito boa para nós... apesar de ter pouco...Entre os meus irmãos às vezes é mais complicado. Ela ficava um mês em casa de cada um... mas às vezes queriam trocar o mês e já havia confusão... Uma das minhas irmãs não quer que se fale alto para a minha mãe ... mas ela rasga as fraldas e grita e nós temos de a chamar á atenção... não sei se será da cabeça dela...” (E8)</p> <p>“Sim, às vezes vai havendo discussões entre os irmão...” (E8)</p> <p>“Entre mim e ela não, entendemo-nos bem. Com os meus irmãos, eles são mais distantes e fiquei mais eu a responsável pela minha mãe.” (E14)</p>
--	---

Adaptação da família à realidade da dependência da pessoa idosa	
Subcategorias	Unidades de significação
Dinâmica familiar	<u>Alteração de rituais sociais</u>
	“Hum... ela está mais parada e mais triste... Não é a mesma coisa, claro .... Não saímos nem passeamos como fazíamos antigamente. Tínhamos um comércio por isso não parávamos... Estamos sempre mais por casa.” (E1)
	“Fica mais em casa. Se eu não a tirar da cama, ela não sai. Mas tento mantê-la com companhia. Ao fim-de-semana e quando há aniversários está sempre à mesa connosco... Faço o que posso. Coitadinha ... (chora)” (E2)
	“Falamos menos, passeamos menos, mas somos amigos e percebemos o que precisamos nesta fase da nossa vida.” (E3)
	“Ela às vezes está mais revoltada e chateada com esta situação. Passa mais tempo deitada. Não sai de casa... A vida já não é como era antes. Antigamente dávamos uns passeios e íamos comprar as coisas que precisávamos cá para casa ... íamos sempre juntos... agora sou eu que faço tudo e ela fica triste de não me conseguir ajudar como fazia antes ...” (E4)
	“ Não socializam tanto como antigamente. Têm menos cuidados com eles próprios, andam mais triste e mais desanimados, mas eu acho que faz parte... com o avançar da idade.” (E12)
	<u>Reestruturação da vida diária familiar</u>
	“Houve sim. De manhã saio às 9 horas e o meu marido às 10 horas. Venho a casa às 12 horas dar-lhe o almoço e quando chego à tarde a casa, cuido dela... mudo a fralda, dou-lhe o jantar, ..., mais tarde dou um iogurte e deito-a. Às 3 horas vou vigiar se está tudo bem ...” (E2)
	“Fica mais tento sentada. Anda de cadeira-de-rodas, mas com ajuda. Para ir à casa-de-banho é com ajuda. O banho é com a minha filha, Ajuda-me a cozinhar... a descascar as batatas e assim...” (E3)
	“Faço o meu melhor. Faço os cuidados ao meu pai... Tenho de ser forte e organizar-me...” (E6)

“Houve sim. Passei a viver na casa da minha mãe. O meu marido fica na nossa casa e vai lá ter comigo. Não posso sair muito tempo, não posso ir passar férias, ... Uma vez as ,minhas irmãs quiseram pô-la num lar, mas eu não gostei e trouxe-a para casa.” (E7)

“Tenho tentado que os meus irmãos não se chateiem... Cuido bem da minha mãe e quando algum deles não pode, cuido eu dela...” (E8)

Fiquei aflito! Precisava de orientar o meu trabalho e de cuidar dela.” (E9)

“Organizamo-nos ... O meu marido deixou de trabalhar para ajudar... Mas é muito complicado organizar esta vida familiar, ajustar os horários e o que cada um tem de fazer...” (E10)

“Sim, claro. A minha passou a ser em função dela. Os banhos, as fraldas, dar comida,..., tenho de fazer tudo. Tenho de lhe mudar a fralda e mudar de posição com a ajuda do meu filho ou do meu companheiro porque ela está muito rígida e é muito difícil. A comida tenho de lhe dar na boca com uma seringa.... O banho é tudo na cama... Não sai da cama. Agora anda com muita expetoração... tosse muito e fico muito aflito... nem sei bem o que fazer ...” (E11)

“Sim, claro. Temos de dar banho à minha mãe... cuidar da roupa e orientar a medicação. Contratei uma senhora para vir limpar a casa e preparar-lhes as refeições. Outra coisa que também aprendi foi a lidar com eles que estão mais esquecidos e mais confusos... dizem que é a demência, mas eu percebo pouco disso.” (E12)

“Entre nós, não... Às vezes o meu companheiro e os meus filhos ficam tristes e desanimados de não podermos sair à vontade sem termos de ter cuidados com os horários. Mas de resto, eles até me ajudam.” (E13)

“Hum... a minha influenciou porque tive de vir viver para casa da minha mãe e gerir a minha vida em função dela e daquilo que ela vai precisando. Faço as minhas coisas sempre a correr e rápido porque tenho pouco tempo livre e não gosto de a deixar sozinha.” (E14)

#### Necessidade da presença

“Tenho sempre alguém em casa que depende de mim e que precisa que eu chegue a casa para comer, ...” (E2)

“Sim. Tem de ser tudo em função deles. Dar banho aos dois, comida, trocar de fralda ...” (E5)

“Eu trabalhei muito no estrangeiro... E agora estou por cá. Eu, o meu marido e a minha irmã estamos aqui em casa para cuidar dela. Graças a Deus podemos. Vamos dividindo as tarefas. A dar a comida o meu marido quer ser ele... não sei porquê... mas a verdade é que para ele, ela abre melhor a boca para comer.” Nunca fica sozinha... Fica sempre alguém com ela e vamos dormindo com ela.” (E10)

“ Eles estão mais “paraditos” e mais dependentes de nós... também mais confusos. Noto que olham para mim como se fosse “mãe” deles.” (E12)

#### Adaptação à situação de dependência

“Está sempre na cama! Sempre que pode. E anda muito triste, sempre a pensar na situação dela. Cisma muito que está a ficar pior...” (E1)

“Usamos a cadeira-de-rodas... fiz umas rampas ... passámos para o piso de baixo o nosso quarto.” (E3)

“Eu agora cuido dela. Ela precisa que alguém cuide dela. Ela às vezes não se sente muito bem por precisar de mim... diz que é um “fardo” e que me está sempre a “sobrecarregar”... ” (E4)

“Estão mais parados ... falam pouco... Estão acamados.” (E5)

“Fico triste por ele ter de estar tão dependente...” (E6)

“Ficou mais esquecida, mais confusa, sem conhecer as pessoas. Não se conseguia levantar. Precisava de ajuda para tudo. Eu fiquei com medo de não saber cuidar, mas tive de andar para a frente e fazer como sabia.” (E7)

“Às vezes confunde-se e nem nos conhece... Já não dá com nada... Já não é o que era... Está ali e só precisa que alguém cuide dela...” (E8)

“Não sai de casa... Fica dependente... A vida dela é estar nesta cama e ver televisão. Pouco fala... Não se levanta... Ficou totalmente dependente de outras pessoas e cada vez mais triste... Ela tem noção de que está assim e que não pode fazer nada.” (E9)

	<p>“Fico com pena deles. Estão mais velhinhos e mais dependentes e têm perfeita noção disso. E ainda por cima nunca nos querem incomodar... Não querem chatear porque acham que estão a “empatar” a nossa vida...” (E12)</p> <p>Temos de andar mais “em cima” deles e eles não gostam de nada. Sentem-se crianças e acham que estão a empatar-nos e a dar-nos trabalho.” (E12)</p> <p>“Com a minha mãe? Sempre nos demos bem... Nada de grandes intrigas...Agora...ela não fala... Não participa na vida familiar... É totalmente diferente agora... É como se fosse um bebé ali que temos de cuidar.” (E13)</p> <p>“Não está presente na nossa vida familiar... A minha mãe não sai do quarto, da cama... não se consegue mexer. Apenas vamos lá mudá-la de posição, mudar a fralda e dar comida...” (E13)</p>
<p><b>Estratégias adotadas a nível individual e familiar</b></p>	<p><u>Aceitação e autocontrole</u></p> <p>“Temos de nos ajudar um ao outro... É para isso que estamos casados. O que precisar um, o outro ajuda naquilo que pode. Tenho medo é de ficarmos os dois dependentes de alguém... Mais isso se acontecer, logo se vê.”(E1)</p> <p>“Fico triste e com penda dela. Merecia uma velhice melhor... Merecia não sofrer e estar bem, não precisar de ninguém para fazer as coisas. De certeza que ela era mais feliz e estava melhor, mas não pode ser... A vida é assim... Todos ficamos velhinhos e a precisar de ajuda de outras pessoas, principalmente da família.” (E2)</p> <p>“Que precisa de muitos cuidados e às vezes até parece que está deprimida. Mas eu percebo que com a idade e ao ficarmos mais dependentes de outras pessoas, sentimo-nos impotentes e incapazes...” (E2)</p> <p>“Tive medo e coragem... Tinha de ser. É minha mãe.” (E7)</p> <p>“Que está velhinha coitadinha... está acamada... tem de ter alguém que faça tudo por ela...” (E10)</p> <p>“Ela?? Eu penso que ela não se apercebe de nada... Pronto está ali sempre quieta e sem falar... de vez em quando faz uns barulhos... mas não comunica connosco... Não pede, nem fala connosco... Não sai do quarto....Fico com pena, claro... Gostava que ela tivesse estado bem mais tempo... Mas a vida é assim, não mandamos...” (E11)</p>

“Claro que temos pena que os nossos pais envelheçam e fiquem a precisar de outras pessoas para fazerem as coisinhas deles. Mas o que podemos fazer? Temos de aceitar e andar para a frente.” (E14)

“Acho que devemos estar disponíveis a ajudar e a aceitar a velhice conforme ela nos chega.” (E14)

#### Coping

“Força... andar para a frente. Ela precisa de mim... Não posso parar para pensar nisso. Temos de ter coragem e ajudar naquilo que conseguimos com as forças que temos.” (E2)

“É preciso ter força de vontade e boa disposição!” (E3)

“Força... andar para a frente e pedir ajuda quando for preciso. Temos de ter paciência... Não podemos fazer mais nada...” (E4)

“União, força, saber fazer o que eles precisam, tempo...” (E5)

“Desabafo com o meu filho...” (E7)

“Ser positiva! Gosto muito deles e faço questão de ser eu a dar banho à minha mãe quando cá estou. O meu pai ainda não quer grande ajuda nas coisinhas dele.” (E12)

#### Parceria familiar

“Sim... a filha...faz o que pode. Vem visitar a mãe e dá o apoio que consegue, mas tem a vida dela, a família dela...” (E1)

“Peço ajuda à minha filha... mas o resto nós os dois fazemos... melhor ou pior...” (E3)

“O meu filho é a minha ajuda. Ele Bombeiro, percebe destas coisas. A minha família é boa. Cuido dos meus pais e tenho um filho que me ajuda muito.” (E5)

“O meu filho é o que me apoia mais. Sem dúvida ! Gosta muito dos avós e percebe que eles precisam da nossa ajuda... E eu cada vez consigo fazer menos...” (E5)

“Sim... A minha mãe só me tem a mim, ao meu filho, ao meu marido e uma sobrinha.”



	<p>(E7)</p> <p>“O meu filho é a minha ajuda. Somos os 3 e mais nada.” (E9)</p> <p>“Somos todos muito unidos. Tenho a minha irmã e o meu marido que me ajudam em tudo.” (E10)</p> <p>“União da família... ajudamo-nos...” (E10)</p> <p>“Os meus irmãos não estão muito presentes a cuidar da minha mãe... Um deles vive na Venezuela e já não o vejo há muitos anos. O outro vive aqui perto, mas tem o trabalho dele e não é muito interessado em cuidar da nossa mãe. Vivo aqui com o meu filho e o meu companheiro que me vão ajudando conforme eu preciso...” (E11)</p> <p>“Como já disse, o meu companheiro e o meu filho... e até a namorada dele, ajudam-me muito. Eu sozinha já não consigo dar-lhe banho e virá-la... mas de resto tenho ser eu a fazer tudo para não ter de chatear ninguém.” (E11)</p> <p>“ Penso que a minha família funciona bem. Os meus irmãos também ajudam. Um deles vive aqui por trás, a outra também vive aqui perto e existem também no estrangeiro mas que vão estando mais ausentes. Eu estou no Luxemburgo, mas passo aqui a maioria do tempo...” (E12)</p> <p>“Todos nos ajudamos... os irmãos, conforme as nossas vidas e se estamos cá ou fora. De resto, mais nada de relevante.” (E12)</p> <p>“Organizamo-nos da melhor forma. Normalmente sou eu que faço sempre tudo, mas se tiver de lhes pedir ajuda, eles também me ajudam, por exemplo se tenho de ir às compras ou a uma consulta.” (E13)</p>
--	--

<p><b>Redes de suporte disponíveis</b></p>	<p><u>Recurso à comunidade</u></p> <p>“Tenho uma senhora que vem cá fazer a limpeza... D resto sou eu, conforme vou conseguindo.” (E1)</p> <p>“Alguns vizinhos perguntam como está a minha esposa, mas mais que isso não. Nem eu quero mais pessoas cá em casa. Por enquanto consigo fazer o que é preciso, no nosso cantinho” (E1)</p> <p>“Às vezes peço ajuda à minha vizinha para ficar um bocadinho com a minha mãe enquanto vou às compras ou tratar de alguma coisa que demore mais tempo, mas tenho sempre depois de retribuir...” (E2)</p> <p>“Mais nada... que me lembre. Às vezes uns vizinhos também me ajudam a ir comprar alguma coisa ou a fazer-lhe um bocadinho de companhia... mas de resto mais nada... somos só os dois e pronto.” (E4)</p> <p>“Tenho ajudas para mudar a fralda, trazer a comida e dar banho.” (E5)</p> <p>“Hum... Não sei. Alguns vizinhos vão pondo o olho aqui a ver se está tudo bem com eles ou o que eles precisam. O Centro de Saúde também veio aqui fazer alguns pensos e assim... De restos eles contam é com os filhos.” (E12)</p> <p>“A família, algumas amigas e o Centro de Saúde quando é preciso coisas relacionadas com pensos ou com sondas.” (E14)</p> <p><u>Recurso a instituições de Saúde</u></p> <p>“Algumas pessoas conhecidas e pouco mais... O Centro de Saúde, para as injeções quando é preciso.” (E4)</p> <p>“Vem cá o Centro de Saúde fazer os pensos e tratar da algália.” (E5)</p> <p>“Contei com a ajuda do meu filho, a Santa Casa, o Centro de Saúde, ...” (E5)</p> <p>“Hum.. a comida vir feita da Santa Casa é uma boa ajuda...” (E8)</p>
--	--

Necessidades/ Dificuldades do cuidador informal da pessoa idosa dependente	
Subcategorias	Unidades de significação
<b>Competências Técnicas</b>	<u>Exigências associadas ao cuidado</u>
	<p>“Tenho de ajudar no banho. Faço a comida, mas ela come sozinha. Também a ajudo a passra para a cama ou para o cadeirão e a sair da cama. Preparo os comprimidos e oriento as coisas da casa... Compras... Às vezes tenho de ajudar a levantar e a deitar... faço à minha maneira. Não sei se faço bem ou mal... nunca me ensinaram, eu fui fazendo conforme sabia e como me dava mais jeito. As minhas costas já se queixam...” (E1)</p>
	<p>“Neste momento tenho medo de lhe dar comida. Engasga-se muito! Na altura dar banho também era muito difícil.</p> <p>O banho é difícil... mas neste momento dar a comida é o que mais me assusta... com medo que se engasgue.” (E2)</p>
	<p>“Eu safei-me! (riso) Passo-a da cadeira-de-rodas para a sanita ou sofá ou cama conforme sei ... Dar banho, nunca dei.” (E3)</p>
	<p>“Cuidar de alguém não é fácil e logo eu que nunca tinha cuidado de ninguém. Agora já estou habituado. Demorei muito tempo a habituar-me... Custava-me levá-la ao banho e ajudá-la como se fosse um filho... ela nunca tinha precisado da minha ajuda por isso era estranho...” (E4)</p>
	<p>“Sim... Tenho de fazer a comida e cuidar da casa. Tenho de andar de olho nela. Levá-la ao WC e ajudar no banho e a vestir. Fui aprendendo sozinho, com ela ... “ (E4)</p>
	<p>“De manhã tenho ajuda para o banho e a fralda, mas sou eu que lhe tenho de dar a comida por sonda, trocar a fralda à noite, ... Não tinha esses conhecimentos. Foi a Santa Casa que teve de me dar essa formação. A sonda foi o Hospital. Fui eu que pedi formação” (E6)</p>
	<p>“Ao início não sabia fazer nada... Depois fui aprendendo.” (E7)</p>
	<p>“Fui fazendo conforma sabia, ... A dar banho na cama é o mais complicado.” (E7)</p> <p>“Tive de começar a mudar-lhe a fralda, a dar-lhe banho... Custou-me... não estava</p>

	<p>habitado... mas teve de ser e agora já não me custa..." (E8)</p> <p>"Eu não sabia fazer nada! Aprendi sozinho e com os meus irmãos! Mudar a fralda e dar banho, ao início, não foi nada fácil... E depois ela também tem aquelas feridas..." (E8)</p> <p>"Não sabia fazer nada. Mas já tinha visto e fui aprendendo. A dar o banho, a mudar a fralda, a levantá-la, a dar-lhe comida na boca, ... Ainda andei com ela na Fisioterapia, mas não serviu de nada e ela deixou de ter vontade de ir." (E9)</p> <p>"Está acamada, não é? Fala connosco ainda e conhece-nos. Mas o banho é na cama, usa fralda, está algaliada, tem ferida no rabo e come aqui... Não sai daqui... Depende de nós para tudo... Vamos virando-a de um lado para o outro como nos ensinaram e de resto fazemos o que achamos que é melhor para ela estar bem." (E10)</p> <p>"Dificuldades? Tudo, acho eu. Mudar a fralda era novo para mim, mudá-la de posição, dar comida com uma seringa, dar o banho com ela na cama ..." (E11)</p> <p>"Tive muitas dúvidas quando comecei a precisar deles. Mas o que podia fazer? Tinha de me orientar com os meus irmãos conforme consegui..." (E12)</p> <p>"Dificuldades que tenha tido, secalhar mais nos posicionamentos e ao início quando tinha de levantar a minha mãe para o cadeirão ou para a cadeira-de-rodas. De resto... Ah! Costuma ter muita expectoração e eu não sei bem o que fazer para a ajudra, percebo pouco disto." (E13)</p> <p>"Dúvidas tive algumas, sim. A levantar para a cadeira de ir ao chuveiro... Houve uma altura que tinha sonda e eu tive de lhe dar comida por sonda e foi mais complicado." (E14)</p> <p>"Dificuldades surgiram quando tinha de dar a sonda, e quando inicialmente a tinha de levantar para a cadeira de chuveiro para ir ao banho e à casa-de-banho." (E14)</p> <p><u>Busca de informação</u></p> <p>"Para mim, lavar-lhes a cabeça na cama era um problema. Entretanto fiz uma formação e ajudou-me muito. "(E5)</p> <p>"Há 4 anos tive dúvida em tudo! Pedi formação à Santa Casa da Misericórdia e ensinaram-me a lavar, virar na cama, mudar a fralda... dar comida pela soda, ensinaram-me no Hospital." (E6)</p>
--	---

	<p>“Pergunto a algumas colegas ou à família, quando não sei algumas coisas e estou com dúvidas de como fazer. Também costumo ir pesquisar. Vou-me safando conforme consigo... Eu e os meus irmãos vamo-nos organizando e vendo as melhores formas de fazermos as coisas.” (E12)</p> <p>“ Peço ajuda à minha família. Quando tenho dúvidas, vou perguntando a pessoas que conheço. Também chamo o médico do Centro de Saúde quando estou mais aflita.” (E13)</p> <p>“Ao início procurei em aprender aquilo que não sabia e ia fazendo conforme eu achava que estava melhor. Temos de estar prontos para estes desafios quando eles nos chegam. Às vezes assusta e achamos que não somos capazes. Mas somos e temos de ir á procura de saber aquilo que ainda não sabemos.” (E14)</p>
<p><b>Competências psicológicas</b></p>	<p><u>Sobrecarga do cuidador</u></p> <p>“Faço o que posso! Mal ou bem, não sei... Mas faço o melhor que consigo e ajudo-a naquilo que está ao meu alcance... Mais não consigo...” (E1)</p> <p>“Pensei que com a idade ficamos mais dependente dos outros e a precisar de mais cuidados. Percebi que a vida vai avançando e vamos ficando mais parados e sem conseguir fazer as coisas que fazíamos quando éramos mais novos. Ficamos a precisar de ter alguém que cuide de nós...Eu faço tudo o que posso, mas às vezes também me faltam as forças...” (E4)</p> <p>“Penso que com a idade cada vez precisam de mais cuidados... Fica mais pesado.” (E5)</p> <p>“A idade acarreta tudo... Estou também mais cansada... mas tem de ser...Precisava de uma tarde ou outra para descansar.” (E7)</p> <p>“Nada... Teve 1 mês numa UCC para eu descansar... Foi bom...mas eu ia para lá todos os dias na mesma.” (E7)</p> <p>“Apoio, vontade e coragem... Tudo! Estou a ficar mais velho e isso também não ajuda muito, mas vou fazendo o que posso.” (E9)</p> <p>“Tive pessoas que me ajudaram, mas a maior parte das coisas tive de ser eu...Nessa</p>

	<p>altura, principalmente, andei muito em baixo..." (E11)</p> <p>"Os meus irmãos nada... não querem mesmo saber... Enfim...Mas cá em casa sim, todos me ajudam... vou pedindo conforme vou precisando... Eles têm mais força que eu e eu já tenho problemas de coluna juá é muito difícil fazer alguns esforços." (E11)</p>
--	---

Contributo do Enfermeiro de Família para a adaptação da família à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	
Subcategorias	Unidades de significação
<b>Papel do Enfermeiro de Família na Saúde da Família</b>	<u>Contributo atual do Enfermeiro de Família na adaptação da família à situação de dependência</u>
	<p>“Vêm cá fazer os tratamentos.” (E1)</p>
	<p>“Hum... não pedi ajuda... Nem sei se existe algum tipo de apoio que dê para pedir... Não tenho muitos conhecimentos acerca dessas coisas...” (E2)</p>
	<p>“Vêm cá fazer os pensos quando precisamos.” (E3)</p>
	<p>“Ajudaram quando vim para virem cá dar as injeções.” (E4)</p>
	<p>“Vêm fazer os pensos e ensinaram-me alguns cuidados.” (E5)</p>
	<p>“Ajudam na sonda, ..., o resto fui eu que fui pedindo ajuda e formação.” (E6)</p>
	<p>“Ajudam quando temos dúvidas... Quando surge algo como as feridas...” (E7)</p>
	<p>“Têm ajudado, mais nas feridas, ...” (E8)</p>
	<p>“Quando lá iam eu e a minha irmã fazemos algumas perguntas, mas a maior parte aprendemos sozinhos...” (E8)</p>
	<p>“Vão lá fazer o penso e sempre é um bocadinho de companhia que vou tendo...” (E9)</p>
	<p>“Sim... Às vezes faço algumas perguntas... quando tenho dúvidas, aconselham-me.” (E9)</p>
	<p>“Quando aconteceu o AVC nada foi suficiente...era tudo novo... fui-me safando.” (E9)</p>
	<p>“Boa... as feridas ... principalmente... vêm cá fazer os curativos...” (E10)</p>
	<p>“Ajudaram naquilo que precisava relativamente às ferida. Vinham cá fazer os tratamentos...” (E10)</p>
	<p>“Sim, claro... Penso que relativamente aos pensos fizeram o que podiam... Mais que</p>

	<p>isso não recebi apoio.” (E10)</p> <p>“Dos Enfermeiros? Não precisei nada deles na altura... Só agora é que preciso porque ela tem esta ferida nas costas e é preciso fazerem o penso... É só isso...” (E11)</p> <p>“Sei lá... Já fazem os pensos e ajudam muito... Eu isso não percebo nada, não estudei para essas coisas. De resto não sei mesmo... Não me estou a lembrar de nada.” (E11)</p> <p>“Hum... Estiveram cá, nos domicílios, para fazer os pensos quando eles começaram a ter feridas... Foi só isso.” (E12)</p> <p>“Nos pensos sim... Foi suficiente. Mais ninguém o poderia fazer.” (E12)</p> <p>“Nesta adaptação penso que ajudaram naquilo que era da área de Enfermeiro, que são os pensos. A minha mãe tem algumas feridas e as Enfermeiras vinham cá fazer os pensos... deram-me também algumas dicas nos posicionamentos e nas técnicas que posso usar por causa de ela libertar a expectoração.” (E13)</p> <p><u>Actuação do Papel do Enfermeiro de Família na sobrecarga do cuidador informal</u></p> <p>“Precisava de alguém que cuidasse dela, mas não pode ser... Não sei o que podiam fazer mais por mim...” (E1)</p> <p>“Sim... vêm cá fazer os tratamentos... Eu isso não consigo fazer. Tenho de fazer tudo o resto, mas nisso não me podem ajudar ...” (E3)</p> <p>“Sim...Ajudaram... Assim não tive de a levar lá ... Eles vieram cá...” (E4)</p> <p>“Gosto quando os Enfermeiros vêm cá a casa por causa dos pensos ou das sondas. Apoiam-me.” (E5)</p> <p>“Ajudaram-me a perceber a doença da minha mãe...” (E7)</p> <p>“Sim... Só naquela altura que acamou... preferia ter tido alguém que ficasse comigo e nos dissesse como fazer algumas coisas....” (E8)</p> <p>“Apoiaram e estiveram lá quando precisava para virem aqui fazer os pensos. Nas outras coisas aprendio sozinho com o meu filho.” (E9)</p> <p>“Boa... foram ajudando naquilo que precisava...” (E10)</p>
--	---



	<p>“Olhe não sei... não sei responder... Nas relações da minha família os Enfermeiros não precisaram de fazer nada ... Não sei...” (E11)</p> <p>“Não tive Enfermeiros neste processo, também não pedi ajuda ... secalhar devia ter pedido...” (E14)</p> <p><u>Sugestões de propostas de optimização do papel do Enfermeiro de Família na transição familiar para o papel de cuidar da pessoa idosa dependente</u></p> <p>“Hum... secalhar no início... nas coisas que não sabia fazer... Ai sim... E agora também, tenho dúvidas e surgem situações novas que não sei. Já sem falar de coisas que eu devo fazer a achar que estou a fazer bem, mas que se fazem de outra maneira.” (E2)</p> <p>“Hum... não sei... as formações que fiz sobre como cuidar dos meus pais, ajudaram muito.” (E5)</p> <p>“Não sabia onde ir nem quem procurar... devia existir mais ajuda porque nestas situações temos em “mãos” um familiar para cuidar e não sabemos o que fazer nem como fazer... Eu não sou da área da saúde por isso para mim foi tudo novo e assustador.” (E6)</p> <p>“Era importante existir formação sobre estes assuntos. Eu ver a fazer para fazer. Era muito importante... Nunca tinha visto uma sonda nem usado... Era tudo novo para mim... e para ele.” (E6)</p> <p>“Sim, às vezes precisava de ajuda para me ensinarem a fazer algumas coisas...” (E8)</p> <p>“Ensinar a trocar de fralda, dar banho na cama, a virá-la na cama.” (E8)</p> <p>“Não sei... Fazerem as coisas comigo... no início...” (E9)</p> <p>“Sim, acho que sim. Acho que não falhou nada... Não estou a ver nada que tenha falhado, acho eu...” (E11)</p> <p>“Hum. Sim, devem saber mais que eu nestas áreas. Eu de saúde percebo pouco ou nada. Só se fosse nessa área... ensinar a fazer as coisas.” (E12)</p> <p>“Hum... Quando eu precisei mais foi quando ele começaram a envelhecer e a ficar</p>
--	---

	<p>mais dependentes, mas não se bem em que podiam ajudar. A mim, era a ensinar-me algumas coisas que eu não sabia... Até com a medicação e e evitar as quedas... não sabia bem como fazer.” (E12)</p> <p>“Sim... Gostava que me tivessem explicado mais coisas. Tomava sempre atenção ao que me iam dizendo enquanto faziam os pensos. Mas gostava que me ajudassem mais quando surgiram estas dúvidas.” (E13)</p> <p>“Ensinar a fazer os posicionamentos, a levantar a minha mãe, a colocar as almofadas para evitar as feridas, a libertar a expectoração... enfim várias coisas...” (E13)</p> <p>“Gostava de mais... que tivesse recebido mais informação.” (E13)</p> <p>“Acho que sim. Acho que às vezes deviam-nos explicar como acontecem estas doenças, que cuidados devemos ter e como devemos fazer as coisas... Mas não sei se existe alguma coisa nesse sentido.” (E14)</p> <p>“Não sei... Não sei se podia ter recebido mais ajuda... Não sei que apoios existem, não estou muito informada.” (E14)</p>
--	---